

Mesures de prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) dans les milieux de réadaptation

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Mesures de prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) dans les milieux de réadaptation

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels

Juin 2009

AUTEURS

Comité sur les infections nosocomiales du Québec

RÉDACTEURS

Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec

Constance Forget Falcicchio, Hôpital juif de réadaptation

Pierre Gosselin, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Renée Paré, Direction de santé publique de Montréal

Michel Poisson, CHUM - Hôtel-Dieu

SOUS LA COORDINATION DE

Lucie Beaudreau, conseillère scientifique en prévention des infections nosocomiales
Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

Elena Madrid

Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2009
Bibliothèque et archives nationales du Québec
Bibliothèque et archives Canada
ISBN : 978-2-550-56101-9 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-56102-6 (PDF)

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC (CINQ)

Membres actifs

Marie Gourdeau, *Présidente du comité*
CHA - Pavillon Hôpital Enfant-Jésus

Lucie Beaudreau, Institut national de santé publique du Québec

Patrick Dolcé, Centre hospitalier régional de Rimouski

Charles Frenette, Centre universitaire de santé McGill

Rodica Gilca, Institut national de santé publique du Québec

Danielle Goulet, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Andrée Larose, CHUM - Hôpital Saint-Luc

Josée Massicotte, Direction de santé publique de la Montérégie

Danielle Moisan, Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Renée Paré, Direction de santé publique de Montréal

Caroline Quach, Centre universitaire de santé McGill

Pierre St-Antoine, CHUM - Pavillon Notre-Dame

Jasmin Villeneuve, Direction régionale de la santé publique

Membres d'office

Horacio Arruda, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Marc Dionne, Institut national de santé publique du Québec

Claude Tremblay, CHUQ - Pavillon Hôtel-Dieu de Québec

Membres de liaison

Michèle Dupont, Direction de santé publique de Montréal-Centre

Brigitte Lefebvre, Institut national de santé publique du Québec

Isabelle Rocher, Institut national de santé publique du Québec

Roger Savard, CSSS de Chicoutimi

Madeleine Tremblay, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

AVANT-PROPOS

En 2006, le Comité sur les infections nosocomiales du Québec diffusait la 2^e édition des « Mesures de prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) au Québec » en version intérimaire puisque la section 5 de ce guide, destinée aux milieux de réadaptation était manquante.

Le présent document complète le guide de prévention et de contrôle diffusé en 2006 puisqu'on y retrouve les recommandations portant sur les mesures de prévention et contrôle du SARM pour les milieux de réadaptation. Une version intégrée des recommandations pour l'ensemble des milieux de soins du Québec sera diffusée ultérieurement, incluant certaines précisions à la version intérimaire de 2006, précisions rendues nécessaires suite au développement des « Mesures de prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline dans les milieux de réadaptation ».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	VII
INTRODUCTION.....	1
1 EFFICACITÉ DES MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE : HISTOIRE DE CAS	3
2 RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES.....	5
2.1 Pratiques de base.....	5
2.2 Activités favorisant l'application des mesures	6
2.2.1 Surveillance locale.....	6
2.2.2 Implication des partenaires.....	7
2.2.3 Formation.....	8
3 RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES.....	9
3.1 Prévention et contrôle dans les centres de réadaptation en déficience physique motrice	9
3.1.1 Indications de dépistage	9
3.1.2 Sites anatomiques pour le dépistage.....	14
3.1.3 Identification de l'état de porteur SARM	16
3.1.4 Mesures de prévention et contrôle : évaluation du risque	16
3.1.5 Mesures de prévention et contrôle : clientèle admise.....	19
3.2 Prévention et contrôle dans les unités de réadaptation situées dans un CHSLD ou CHSGS.....	29
3.3 Mesures de prévention et contrôle : clientèle ambulatoire	29
4 AUTRES RECOMMANDATIONS	31
4.1 Décolonisation des porteurs de SARM.....	31
4.2 Prévention de la transmission du sarm communautaire en milieu de réadaptation.....	32
4.3 Communication entre établissements.....	34
4.3.1 Transfert dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	34
4.3.2 Transfert dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée	34
4.3.3 Transfert dans un autre milieu de réadaptation	35
4.3.4 Transfert du patient à domicile	35
4.4 Nettoyage et désinfection de l'environnement.....	35
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXE 1 PRATIQUES DE BASE.....	43
ANNEXE 2 DÉPLIANT SARM POUR LE PATIENTS ET SA FAMILLE	47
ANNEXE 3 CARTE D'IDENTIFICATION D'ÉTAT DE PORTEUR DE SARM.....	53
ANNEXE 4 TECHNIQUE DE PRÉLÈVEMENT NASAL	57

ANNEXE 5	PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES DE CONTACT AJUSTÉES SELON LE RISQUE DE TRANSMISSION À PARTIR DES PORTEURS POTENTIELS OU CONFIRMÉS DE SARM EN MILIEU DE RÉADAPTATION.....	61
ANNEXE 6	POSSIBILITÉ DE PARTAGE DE CHAMBRE SELON LES CATÉGORIES DE RISQUES INHÉRENTS AU STATUT DES PATIENTS.....	67
ANNEXE 7	ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DES PATIENTS	71
ANNEXE 8	RÉSUMÉ DES MESURES RECOMMANDÉES POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DU SARM EN CENTRE DE RÉADAPTATION DE DÉFICIENCES PHYSIQUES – MOTRICES.....	77

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Classification de la clientèle porteuse de SARM selon le risque de transmission du SARM à la clientèle non porteuse	17
Tableau 2. Classification de la clientèle reconnue non porteuse de SARM selon le risque d'acquisition du SARM en milieu de réadaptation	18
Figure 1. Histogramme exposant le suivi de la situation épidémiologique concernant la transmission du SARM	7

INTRODUCTION

La prévention et le contrôle de la transmission du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) dans les milieux de réadaptation (MR) pose un défi particulier. Les traitements requis dans le cadre de la réadaptation de la clientèle font en sorte que de nombreux intervenants ont des contacts étroits auprès des patients et utilisent des équipements spécialisés, souvent partagés parmi la clientèle. La mobilisation et la socialisation sont encouragées, ce qui amène les patients à circuler librement dans le milieu de soins, à participer à des activités de groupe et à être en contact avec d'autres patients. D'autre part, la clientèle présente des caractéristiques de vulnérabilité qui s'approchent, dans certains cas, de celles de la clientèle qui séjourne en soins aigus. On y retrouve notamment des grands brûlés, des blessés médullaires qui requièrent des interventions invasives fréquentes, des personnes immunosupprimées, ou avec atteinte importante de la fonction respiratoire et des clientèles présentant des problèmes cognitifs importants (ex. : traumatismes crâniens, accident vasculaire cérébral). Ces éléments, associés à l'utilisation de dispositifs médicaux invasifs et à la fréquence des contacts étroits nécessaires dans le cadre des traitements constituent de multiples facteurs de risque de transmission du SARM.

Bien que l'incidence du SARM dans les centres de réadaptation du Québec ne soit pas connue, certaines études permettent de croire qu'il est possible que des patients qui y séjournent en soient porteurs sans avoir été détectés. Notamment, Lawrence et collaborateurs (2004) ont démontré que 20,3 % (360 / 1772) des patients admis en MR en France étaient porteurs de SARM à leur admission. Parmi ceux-ci, 66 % ont été reconnus grâce à un dépistage effectué à l'arrivée dans le milieu. Une autre étude réalisée auprès de 411 patients dans un MR du Missouri rapporte que 12 % (51 / 427) des patients admis dans ce centre étaient porteurs de SARM à l'admission (Manian, 2002). Puisqu'au Québec, jusqu'à maintenant, aucun dépistage systématique de SARM n'était recommandé à l'admission des patients dans les MR, il est probable que le SARM ait été introduit par certains porteurs et qu'il se soit transmis.

Par ailleurs, l'importance de la transmission d'infections en MR a été documentée notamment par une étude réalisée en France par le « French prevalence survey study group » (2000). Celle-ci a examiné la prévalence de l'ensemble des infections nosocomiales dans les hôpitaux publics et privés de diverses missions. Au total, 236 334 patients ont fait partie de l'étude, dont 26 108, traités en réadaptation. Les résultats indiquent que la prévalence de l'ensemble des infections nosocomiales de la clientèle des unités et hôpitaux de réadaptation arrive au second rang après celle observée dans les unités de soins intensifs des milieux de soins aigus. D'autres études rapportent des taux variables de transmission, mais la plupart reconnaissent que cette clientèle présente des caractéristiques de vulnérabilité qui, associées aux traitements en MR favorisent la transmission de microorganismes pathogènes, incluant le SARM, et le développement d'infections (Mylotte et collaborateurs, 2000; Girard et collaborateurs, 2006; Lucet et collaborateurs, 2005).

D'autre part, des études récentes ont démontré la contribution de l'environnement dans la transmission du SARM (Schabrun et Chipchase, 2006; Hardy et collaborateurs, 2006; Rampling et collaborateurs, 2001). Bien que l'environnement ne soit pas reconnu comme un

réservoir important pour le SARM, on ne peut exclure le risque de transmission à partir des équipements partagés dans ces milieux compte tenu de l'intensité d'utilisation des équipements, notamment lors des traitements de réadaptation, et de la difficulté de nettoyage de ces équipements. Une revue de la littérature sur l'importance de l'hygiène et de la salubrité pour la réduction de la transmission du SARM abonde également dans ce sens (Dancer, 2008).

L'examen de l'ensemble de ces éléments permet de croire que les MR peuvent constituer un réservoir potentiel à partir duquel le SARM pourrait être réintroduit régulièrement dans divers milieux de soins au Québec, puisqu'une proportion de la clientèle qui séjourne en MR requiert régulièrement des soins de santé. L'objectif poursuivi par les présentes recommandations est de réduire au minimum le risque de transmission du SARM dans les MR. Cet objectif se distingue de celui poursuivi dans les CHSLD, notamment parce que les risques de transmission et d'infections qui caractérisent les clientèles de chacun de ces milieux et l'intensité des traitements qui y sont offerts sont différents.

Les présentes recommandations se fondent sur les recommandations et données disponibles dans la littérature ainsi que sur l'avis d'experts, dont des intervenants en MR. Elles tiennent également compte des aspects éthiques liés aux besoins spécifiques des porteurs comme des non porteurs. Elles sont abordées dans l'optique d'un continuum de soins puisque la majeure partie de la clientèle qui requiert des traitements en MR y est admise suite à un séjour dans un autre milieu de soins. Ces recommandations s'adressent principalement aux milieux qui offrent des services de réadaptation aux clientèles présentant des déficiences physiques motrices, accompagnées ou non d'autres déficits (ex. : sensoriel, cognitif), c'est-à-dire les milieux suivants :

- Centres de réadaptation pour personnes ayant des déficiences physiques – motrices (CRDPM)¹;
- Tout autre milieu qui offre des services de réadaptation à l'intérieur des programmes de déficience physique ou de perte d'autonomie, ce qui inclut les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et la réadaptation gériatrique (CHSGS, CHSLD).

Pour les fins de ce document, le terme « milieu de réadaptation » (MR) sera utilisé lorsque l'ensemble des centres seront concernés par les recommandations.

¹ Pour les fins de ces recommandations, les CRDPM comprennent les centres offrant des services de réadaptation physique – motrice spécialisés et surspécialisés, y compris les hôpitaux de réadaptation.

1 EFFICACITÉ DES MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE : HISTOIRE DE CAS

Cette histoire de cas relate l'expérience vécue lors de la survenue d'une éclosion de SARM au cours de l'année financière 2006-2007 dans un MR du Québec. Le centre dont il est question offre des services d'adaptation, de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale à des personnes de tout âge qui ont des incapacités en raison d'un handicap lié à une déficience auditive, motrice, neurologique, visuelle, de la parole ou du langage. Les services internes sont dispensés sur six unités qui totalisent 135 lits : pédiatrie, amputés, blessés orthopédiques graves et grands brûlés, traumatisés crâniens-cérébraux, encéphalopathie et myélopathie.

L'unité des myélopathies de ce milieu de soins comporte 26 lits et une clientèle particulièrement à risque d'acquisition et de transmission du SARM tant à cause de leurs nombreux facteurs de risques (plaies, manœuvres invasives, traitements requis pour la reprise de l'autonomie, etc.) que par la durée de séjour prolongée (en moyenne 103 jours) dans des chambres partagées. Afin de prévenir et contrôler la transmission du SARM dans cette unité, tous les patients qui y sont admis sont dépistés au moment de l'admission et sept jours plus tard. Les patients qui s'avèrent porteurs de SARM sont placés en cohorte sur l'unité. En cours de séjour, ces derniers sont dépistés à chaque mois afin de vérifier s'ils sont encore colonisés. Aucun autre dépistage actif n'était fait chez les autres patients jusqu'à ce que survienne une éclosion.

Au cours de l'année financière 2006-2007, des spécimens cliniques positifs pour le SARM ont documenté une transmission nosocomiale sur l'unité, et ce, malgré les mesures mises en place. Les dépistages effectués dans le cadre de la prise en charge de cette situation ont permis d'identifier 14 cas nosocomiaux au cours de cette année. Un lien épidémiologique a pu être établi pour cinq d'entre eux en octobre 2006, documentant ainsi une éclosion. Cette éclosion a porté à 45 % le nombre d'utilisateurs porteurs de SARM sur l'unité, incluant les patients positifs à l'admission, augmentant ainsi le réservoir à partir duquel le SARM pouvait être transmis.

Parmi les mesures prises dans le cadre de cette éclosion, de nombreux rappels sur les pratiques de base et précautions additionnelles ont été effectués auprès du personnel. Des dépistages systématiques mensuels de tous les patients ont été instaurés, permettant de suivre de près la situation et de vérifier l'efficacité des mesures mises en place. Aucun autre cas nosocomial n'a été identifié au cours des deux périodes qui ont suivi le renforcement des mesures de prévention et contrôle; les dépistages ont permis de repérer deux nouveaux cas de colonisation dans les trois dernières périodes de l'année 2006-2007. Au cours de l'année 2007-2008, le maintien des dépistages mensuels de l'ensemble de la clientèle a permis de détecter seulement trois nouveaux cas nosocomiaux qui n'auraient pas été détectés s'il n'y avait pas eu de dépistages mensuels puisqu'ils ne présentaient pas d'infection.

Cette histoire de cas appuie le fait que la transmission nosocomiale du SARM en MR peut survenir parmi la clientèle vulnérable si des mesures de prévention et contrôle ne sont pas rigoureusement respectées. La mise en application de telles mesures, accompagnées d'une surveillance active de la situation semblent efficaces pour prévenir et contrôler la transmission du SARM.

2 RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

2.1 PRATIQUES DE BASE

Une emphase doit être mise sur le respect des pratiques de base en tout temps, pour tous les patients fréquentant un MR, puisque le partage de lieux ou d'équipements y est très fréquent et les contacts sociaux entre patients, fortement encouragés. Les pratiques de base doivent donc être rigoureusement respectées (voir annexe 1) et une attention particulière doit être portée à ces mesures lors des traitements de réadaptation. En ce sens, les pratiques de base doivent être intégrées dans les traitements de réadaptation et respectées tant par le personnel que par les patients et les visiteurs. De plus, il est important d'en faire la promotion en tout temps en insistant sur l'hygiène des mains, auprès de tous les patients, visiteurs et travailleurs de la santé pour éviter que le séjour en MR ne favorise la transmission. Notamment, on portera une attention particulière aux éléments suivants :

- **Hygiène des mains** : L'hygiène des mains du personnel doit être effectuée minimalement avant et après un contact avec un patient ou son environnement, avant la réalisation d'une procédure aseptique, après un risque d'exposition à du sang, des liquides organiques, sécrétions ou excréctions, et après le retrait des gants. En plus du lavage des mains avec eau et savon, des études ont démontré que l'utilisation d'un rince-mains antiseptique à base d'alcool a grandement favorisé l'adhésion du personnel à l'hygiène des mains en milieu de soins (ex. : en centre d'hébergement et de soins de longue durée) (Mody, 2003). Cette pratique est reconnue efficace contre des agents bactériens comme le SARM (CDC, 2002). Les patients doivent procéder à l'hygiène des mains minimalement avant les repas, après être allés à la toilette, ainsi qu'avant et après un traitement de réadaptation. Dans ce contexte, **le comité recommande aux établissements de réadaptation de mettre des dispensateurs de rince-mains antiseptiques à base d'alcool à la disposition du personnel, des patients et des visiteurs dans toutes les zones immédiates de soins et dans des endroits stratégiques.**
- **Port des gants** : Les gants à usage unique doivent être portés lors d'un risque de contact avec du sang et/ou d'autres liquides organiques, sécrétions ou excréctions. Suite au contact, ils doivent être retirés avant de poursuivre une autre activité afin d'éviter de contaminer l'environnement. L'hygiène des mains doit être effectuée après le retrait des gants.
- **Port de la blouse à manches longues, du masque ou d'une protection oculaire** : Cet équipement de protection personnelle doit être porté s'il y a un risque de contamination, d'éclaboussures, de sang ou d'autres liquides organiques, de sécrétions ou d'excrétions. L'hygiène des mains doit être effectuée après le retrait de l'équipement de protection. En ce qui concerne les patients, ils devraient porter des vêtements propres, changés quotidiennement.
- **Nettoyage systématique du matériel partagé** : Bien qu'aucune étude ne soit disponible sur la fréquence du nettoyage/désinfection des équipements qui demeurent dans les

chambres des patients ou de ceux qui sont utilisés sur les plateaux techniques² auprès de patients ne présentant aucune atteinte infectieuse détectée, il est nécessaire de mettre en place une procédure de nettoyage/désinfection complète de ces équipements. Cette dernière doit comprendre des indications sur la fréquence, comme par exemple, après chaque usage, quotidiennement, hebdomadairement, mensuellement ou selon l'intensité de l'utilisation des équipements, et des indications sur l'évaluation du risque de transmission aux patients. Il est également essentiel d'identifier à quel moment cette tâche doit être réalisée ainsi que la personne ou le service qui en est responsable, et de préciser quelle méthode est retenue pour l'évaluation des pratiques afin d'en garantir la pérennité et la qualité d'exécution. Une formation à ce sujet doit être offerte et on doit s'assurer que la procédure est respectée par des audits.

D'autre part, les politiques d'achat des équipements de réadaptation doivent comprendre l'évaluation des produits en fonction de leur résistance aux détergents et désinfectants utilisés en hygiène et salubrité, et de leur facilité de nettoyage et désinfection.

2.2 ACTIVITÉS FAVORISANT L'APPLICATION DES MESURES

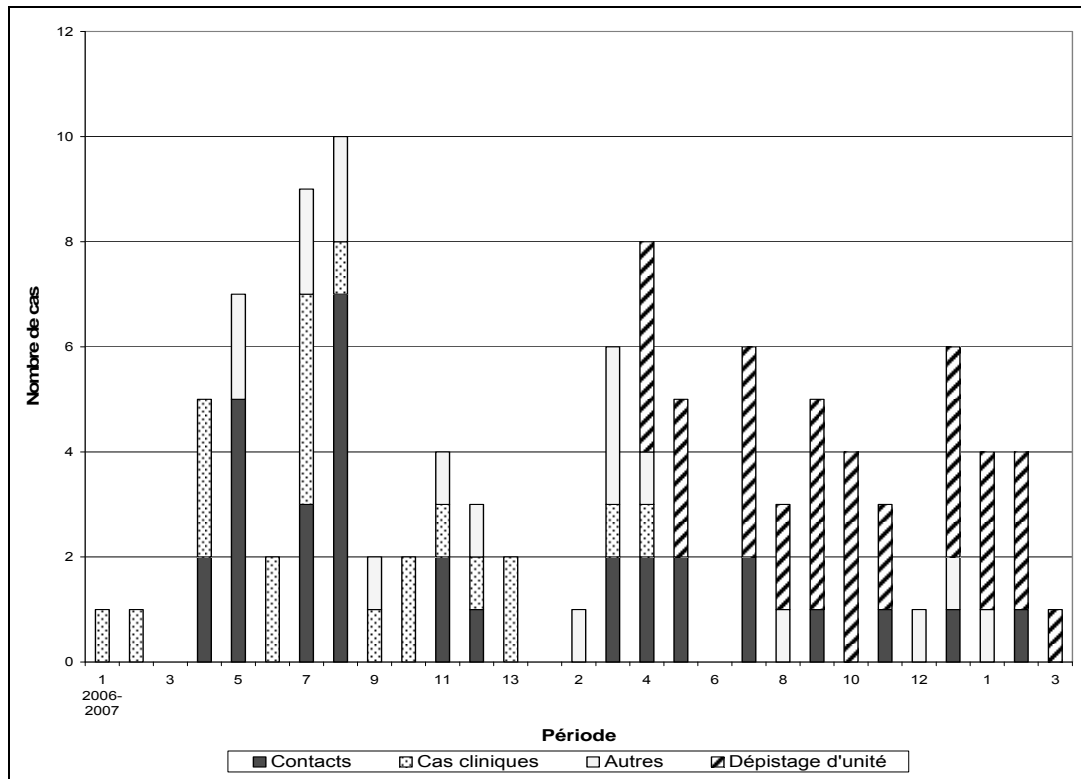
Plusieurs activités favorisent la mobilisation du personnel, des administrateurs, des patients et des proches et contribuent à optimiser la prévention de la transmission du SARM. Le comité est d'avis que tous les MR doivent adopter une politique pour que soient mises en place les mesures appropriées pour la prévention et le contrôle de la transmission du SARM. Notamment, les activités suivantes doivent être réalisées pour une meilleure adhésion du personnel aux mesures recommandées.

2.2.1 Surveillance locale

- Mettre en place un programme de surveillance locale du SARM. Réunir régulièrement l'équipe de prévention des infections pour réviser et analyser les données de surveillance des nouveaux cas SARM. Déterminer sur quelles unités survient la transmission afin d'orienter les activités de dépistage selon l'épidémiologie (unités à dépister la semaine suivante, dépistage hebdomadaire, dépistage du personnel soignant au besoin, etc.), identifier l'origine de la transmission et préciser quelles sont les mesures à instaurer;
- Effectuer l'étude des facteurs de risque d'acquisition du SARM propre à la clientèle de l'établissement et utiliser ces données pour orienter les dépistages, l'attribution des chambres, les formations et les mesures de PCI;

² L'expression « plateaux techniques » réfère à toute salle, autre que la chambre du patient, utilisée pour une investigation (ex. : imagerie médicale) ou une thérapie (ex. : gymnase, salle de physiothérapie ou ergothérapie).

- Informer le personnel, les administrateurs, les comités et services concernés tels le Conseil des médecins dentistes et pharmaciens (CMDP), le Conseil des infirmières et infirmiers (CII), le Conseil multidisciplinaire (CM), le service de réadaptation, le service d'hygiène salubrité, le comité paritaire de santé et sécurité du travail, le comité de gestion des risques, de l'évolution de la situation épidémiologique propre à l'établissement. Des histogrammes avec code de couleurs représentant les unités aident à l'analyse de l'évolution de la situation et rendent l'information plus accessible (voir figure 1);



Source : C. Frenette, Centre Universitaire de santé McGill

Figure 1. Histogramme exposant le suivi de la situation épidémiologique concernant la transmission du SARM

- Partager les résultats de la surveillance locale au niveau des Tables régionales de prévention des infections et discuter des mesures de prévention et contrôle en place;
- Aviser la Direction de santé publique régionale lors de la survenue d'une éclosion.

2.2.2 Implication des partenaires

- Les directions générales des établissements doivent supporter l'application des mesures de prévention et contrôle en y allouant les ressources nécessaires.
- Les administrateurs et comités, particulièrement le comité de gestion des risques, doivent reconnaître l'importance des données de surveillance comme indicateur dans le « programme d'assurance qualité » de l'établissement;

- Impliquer les administrateurs et chefs de service : les informer régulièrement de l'évolution de la problématique en documentant la morbidité, la mortalité et les coûts qui y sont rattachés de façon à éclairer, motiver et justifier, leurs décisions;
- Impliquer les médecins et l'équipe interdisciplinaire lors de la prise d'une décision importante telle l'ouverture d'une cohorte ou d'une unité dédiée et les impliquer pour faire la démonstration que la qualité des soins spécialisés que requiert leur clientèle ne sera pas compromise, tout en protégeant l'ensemble de la clientèle de l'établissement (formation du personnel);
- Souligner le travail accompli et motiver les équipes de toutes les disciplines, les administrateurs et les comités pour favoriser leur implication dans la gestion, l'application des recommandations et l'identification de solutions réalistes, au besoin;
- Encourager régulièrement les équipes interdisciplinaires et les leaders en utilisant des moyens et des formules variées tant pour les activités éducatives que pour le renforcement de comportements attendus (affiches, lettres de félicitation, concours, etc.).

2.2.3 Formation

- Mettre en place un programme de formation portant sur la prévention et le contrôle des infections (PCI), à l'embauche et en cours d'emploi pour tout le personnel. Une attention particulière devrait être portée sur les pratiques de base, les généralités sur la résistance bactérienne, l'épidémiologie de la colonisation et des infections à SARM, le mode de transmission, les mesures de prévention et contrôle, les responsabilités des travailleurs face à ces mesures, etc.
- La formation doit s'adresser à tout le personnel (ex. : nouveaux employés, médecins, thérapeutes, stagiaires, bénévoles, préposés, employés des services de réadaptation, d'alimentation, d'entretien ménager, administrateurs, etc.) et être adaptée aux niveaux de connaissances préalables et jugées nécessaires selon le type d'emploi ou de contact avec les patients et l'environnement. Une évaluation des connaissances acquises et compétences développées, suite à cette formation, est également recommandée.
- Les groupes ciblés doivent inclure les fournisseurs des services offerts par des entreprises privées et le personnel contractuel (ex. : personnel d'agence, location de télévision, métier de la construction, coiffure).
- Mettre sur pied des formations sur les pratiques de base et les mesures spécifiques au SARM pour les patients et leurs proches, adaptées à leur niveau de connaissances.
- Rencontrer chaque patient nouvellement identifié porteur de SARM pour l'informer des implications inhérentes à son statut de porteur, répondre à ses questions, lui remettre un dépliant explicatif (voir annexe 2) et une carte format portefeuille signalant son état de porteur (voir annexe 3).

3 RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES

Dans le réseau de la santé québécois, les services de réadaptation sont offerts dans divers milieux dont les centres spécialisés ou surspécialisés en réadaptation, ainsi que sur des unités spécifiques de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou de centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). **Le groupe de travail croit essentiel que les mesures de prévention et contrôle du SARM recommandées s'inscrivent dans un continuum de soins et dans le respect des objectifs de prévention et contrôle du SARM définis par le milieu qui accueille les patients.** La section qui suit présente les recommandations selon la mission principale des milieux qui offrent ces services. On y retrouve donc les mesures de prévention et contrôle spécifiques aux CRDPM suivies des mesures de prévention et contrôle requises sur les unités de réadaptation des autres milieux de soins. Ces recommandations sont résumées dans le tableau présenté à l'annexe 8, p. 79.

3.1 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DANS LES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE MOTRICE

Considérant le potentiel de transmission du SARM dans les CRDPM lié à la vulnérabilité de la clientèle qui y reçoit des traitements, à l'intensité des soins requis dans ces milieux ainsi qu'au partage de lieux et d'équipements de soins, et compte tenu de la possibilité que les CRDPM deviennent des réservoirs potentiels pour le SARM, **le groupe de travail croit nécessaire que des mesures de prévention et contrôle optimales soient mises en application dans ces milieux.** Ainsi, il semble approprié que les mesures proposées s'approchent de celles qui sont mises en application dans les centres de soins aigus. La section suivante décrit ces mesures en proposant certains ajustements en fonction des risques de transmission de façon à permettre la réalisation des traitements de réadaptation tout en préservant la sécurité des patients et du personnel.

3.1.1 Indications de dépistage

3.1.1.1 Dépistage à l'admission (voir annexe 7, algorithme 1, p. 75)

Certaines études ont démontré les avantages d'effectuer un dépistage des patients dès leur admission dans les MR (Lucet et collaborateurs, 2005; French Prevalence Survey Group, 2000; Lawrence et collaborateurs, 2004; Aizen et collaborateurs, 2007). Puisque la majorité de la clientèle admise en CRDPM provient d'un autre milieu de soins, ou a été hospitalisée au cours des trois dernières années, **le comité recommande que tous les patients soient dépistés à leur admission sauf si le dernier dépistage a été fait moins de 24 heures précédant l'admission en CRDPM.** Ces dépistages permettront d'identifier rapidement les porteurs dès leur arrivée dans le milieu afin de guider le choix des mesures de prévention et contrôle requises. Pour ce qui est des patients déjà connus porteurs, ces dépistages documenteront le statut de porteur au dossier et pourront servir de point de départ pour le suivi de la condition du patient. **Le transfert d'un patient d'un milieu de soins à l'autre ne doit jamais être retardé sous prétexte que les résultats de dépistage ne sont pas disponibles.**

Pour les porteurs de SARM déjà connus qui sont réadmis **ET** qui sont potentiellement devenus négatifs, il est recommandé de faire le dépistage de tous les sites potentiels, à deux reprises, à un intervalle de 48 heures. Les porteurs SARM potentiellement devenus négatifs sont les personnes qui respectent l'un ou l'autre des critères suivants :

- Ne pas avoir été hospitalisé au cours de la dernière année et ne pas avoir reçu de traitements en milieu de soins sur une base régulière;
- Patient porteur de SARM pour qui les mesures de PCI avaient été cessées lors de la dernière hospitalisation en raison de plusieurs résultats de prélèvements négatifs.

Ces prélèvements doivent être faits au moins une semaine après l'arrêt des antibiotiques topiques ou systémiques (MSSS 2000).

3.1.1.2 Dépistage en cours de séjour

- Dépistage des patients de retour d'un transfert dans un autre milieu de soins :

Un dépistage est recommandé au retour d'un patient qui aurait effectué un séjour de plus de 24 heures dans un autre milieu de soins pour traitement ou examen.

- Dépistage des cas connus porteurs de SARM en cours de séjour (voir annexe 7 algorithme 4, p. 77) :
 - Puisque la durée de séjour des patients traités en CRDPM peut être prolongée et que les patients porteurs de SARM peuvent se décoloniser spontanément après quelque temps, il peut être avantageux de procéder à des dépistages de contrôle de certains patients dans le but de cesser les mesures d'isolement et faciliter ainsi la réalisation de certaines activités. **Il revient à chaque service de prévention des infections de déterminer si une telle procédure doit être mise en place et d'en établir la périodicité.** Si tel est le cas, la fréquence des dépistages pourrait être établie, par exemple, aux 2 mois ou plus, tant que le patient demeure porteur;
 - Les prélèvements de contrôle de tous les sites potentiels, pour vérification du statut de porteur de SARM doivent être effectués à l'intérieur d'un bref délai, idéalement la même journée, et au moins une semaine suivant l'arrêt de tout antibiotique topique ou systémique (MSSS 2000);
 - Il est possible de cesser les précautions additionnelles de contact suite à l'obtention de résultats négatifs sur trois séries de prélèvements de tous les sites potentiels (nez, plaies, pourtour de stomies et autres sites connus antérieurement positifs), effectués à une semaine d'intervalle. Ces séries de prélèvements doivent être effectuées à l'intérieur d'un délai de 24 heures, au moins une semaine après l'arrêt des antibiotiques topiques ou systémiques (MSSS 2000);
 - De plus, un patient connu porteur pour qui les précautions additionnelles ont été cessées devra être suivi pendant toute la durée de son séjour par des prélèvements hebdomadaires de tous les sites potentiels pour s'assurer qu'il demeure non porteur de SARM. Cette mesure s'applique également au patient pour qui les mesures d'isolement avaient été cessées lors de sa dernière hospitalisation, mais qui conserve toujours une alerte de porteur à son dossier médical.

3.1.1.3 Dépistage périodique de la clientèle à risque, hospitalisée

Tel que le démontrent certaines études, un grand nombre de porteurs de SARM demeurent méconnus lorsque les dépistages sont faits exclusivement à l'admission (Lawrence et collaborateurs, 2004; Manian, 2002). D'autre part, l'isolement de la bactérie à partir des spécimens cliniques ne reflèterait que la pointe de l'iceberg et correspondrait possiblement au ratio de 1 cas infecté pour 5 cas colonisés (c'est-à-dire qu'environ 20 % des patients colonisés s'infectent). Ce ratio peut varier selon la clientèle et les unités de soins; en CH, 30 % à 60 % des patients colonisés vont développer une infection à SARM (Boyce, 1994; Grundmann et collaborateurs, 2006).

Bien que la réalité des CRDPM soit différente de celle des milieux de soins aigus, il peut être nécessaire de procéder à des dépistages périodiques auprès de la clientèle qui présente des facteurs de risque importants, particulièrement si cette clientèle est regroupée sur une même unité. À titre d'exemple, les grands brûlés qui ont des plaies non cicatrisées, les patients sous ventilation mécanique, ou les unités qui hébergent une cohorte de cas pourraient faire l'objet d'un dépistage périodique. **Il revient au service de prévention des infections d'identifier la stratégie de dépistage périodique à adopter, selon les données de la situation épidémiologique locale et les risques inhérents à la clientèle.**

Certains experts recommandent un deuxième dépistage 48 heures ou 7 jours après le premier, afin de repérer les patients chez qui l'inoculum bactérien aurait été insuffisant pour être détecté initialement (faux négatif) (Coia, 2006). Dans le contexte d'une éclosion sur une unité de soins spécifique, il pourrait être justifié de répéter les dépistages.

La stratégie de dépistage en cours de séjour retenue par un CRDPM doit être évaluée périodiquement pour tenir compte de l'évolution de l'épidémiologie locale, mais aussi de celle qui prévaut dans les milieux de soins d'où provient la clientèle.

3.1.1.4 Dépistage suite à l'identification d'un nouveau cas non-isolé en cours de séjour (voir annexe 7, algorithme 2, p. 76)

En centre de soins aigus, les experts du Rhode Island ne recommandent aucun dépistage si le nouveau cas identifié est admis depuis 24 heures ou moins. Si ce cas est admis depuis plus de 24 heures, ils recommandent de dépister les personnes ayant séjourné dans la même chambre que le cas index pendant une période excédant 24 heures. Cette stratégie a été retenue pour les milieux de soins aigus du Québec; elle devrait s'appliquer également dans les CRDPM. Un résumé concernant l'indication de dépistages selon diverses situations est présenté dans l'encadré qui se trouve à la fin de cette section.

La périodicité et l'étendue des dépistages seront dictées par la prévalence et l'analyse des nouveaux cas d'acquisition nosocomiale de SARM. **En présence de transmission active sur une unité, les dépistages périodiques devraient être faits au moins toutes les semaines (voir annexe 7, algorithme 3, p. 76).** Selon l'expérience des membres du groupe de travail, ce dépistage hebdomadaire devrait être poursuivi **jusqu'à un minimum de deux semaines après la survenue du dernier cas acquis sur cette unité.** Ceci émane du fait que jusqu'à présent, aucune étude n'a déterminé le délai requis avant qu'une personne ayant été en contact avec un porteur ne devienne elle-même porteuse ou du moins, ait un

inoculum bactérien suffisant pour que la culture nasale soit positive. Le comité recommande fortement de procéder à des dépistages périodiques aux semaines sur une unité où il y a transmission active de SARM.

3.1.1.5 Dépistage du personnel

Les experts sont unanimes sur le fait que les dépistages chez le personnel ne sont pas indiqués de routine. Le dépistage du personnel pourrait être envisagé dans le cadre d'une enquête épidémiologique requise lorsqu'une éclosion persiste, que toutes les autres causes ont été examinées et qu'un ou des membres du personnel pourraient être à l'origine de la transmission. Une telle circonstance devrait être exceptionnelle. Si des dépistages sont requis :

- Préalablement au dépistage, convenir des indications de traitement de décolonisation et de la nécessité de réaffectation des travailleurs qui pourraient être trouvés positifs. Ces indications devront tenir compte du risque infectieux que peuvent représenter ces travailleurs selon la vulnérabilité de la clientèle à qui ceux-ci prodiguent des soins;
- Vérifier si les travailleurs souffrent de dermatites, particulièrement aux mains, et les référer en dermatologie au besoin;
- Procéder au dépistage et en divulguer les résultats de façon confidentielle en collaboration avec le service de santé;
- Documenter si la souche bactérienne trouvée chez les travailleurs est identique à celle des patients afin de vérifier s'il y a un lien épidémiologique. Une telle situation devrait être exceptionnelle.

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Dépistage à l'admission (voir annexe 7, algorithme 1, p. 75) :

- Le comité recommande que tous les patients soient dépistés à leur admission en CRDPM à moins qu'un dépistage ait été réalisé moins de 24 heures avant le transfert;
- Le transfert d'un patient d'un milieu de soins à l'autre ne doit jamais être retardé sous prétexte que les résultats de dépistage ne sont pas disponibles.

Dépistage en cours de séjour :

- Clientèle porteuse de SARM : il revient au service de prévention des infections d'identifier la stratégie de dépistage périodique à adopter pour cette clientèle;
- Patient déjà connu porteur pour qui les mesures de PCI ont été cessées : un dépistage de tous les sites potentiels doit être fait de façon hebdomadaire pendant toute la durée du séjour;
- Clientèle à risque d'acquisition du SARM : il revient au service de prévention des infections d'identifier la stratégie de dépistage périodique à adopter, selon les données de la situation épidémiologique locale et les risques inhérents à la clientèle;
- La stratégie de dépistage en cours de séjour retenue par un MR doit être évaluée périodiquement pour tenir compte de l'évolution de l'épidémiologie locale ainsi que de celle des autres milieux de soins d'où provient la clientèle.

Dépistage des contacts suite à l'identification d'un nouveau cas non isolé repéré en cours de séjour (voir annexe 7, algorithme 2, p. 76) :

- Lorsqu'un nouveau cas non isolé séjourne depuis 24 heures ou moins sur une unité de soins, le dépistage des contacts étroits est non requis.
- Lorsqu'un nouveau cas non isolé séjourne depuis 24 à 72 heures sur une unité de soins :
 - Effectuer un dépistage des personnes ayant séjourné plus de 24 heures dans la même chambre que le nouveau cas non isolé, incluant ses voisins de chambre qui ont été transférés sur d'autres unités; ce premier dépistage, même s'il ne révélait aucun autre cas positif, devrait être répété une semaine plus tard avant de pouvoir conclure qu'il n'y a pas eu de transmission;
 - Évaluer la nécessité d'effectuer le dépistage des personnes ayant séjourné plus de 24 heures dans les chambres qui ont reçu des soins par le même personnel (infirmières, médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.) que le nouveau cas non isolé selon le risque de transmission tel que déterminé par les caractéristiques des personnes concernées (voir tableaux 1 et 2, p. 17, 18) et la situation épidémiologique;
 - Si les résultats des dépistages parmi les contacts étroits révèlent la présence d'un nouveau cas positif parmi eux, on procédera alors au dépistage de toute l'unité de soins.

- Lorsqu'un nouveau cas non isolé séjourne depuis plus de 72 heures sur une unité de soins :
 - Effectuer le dépistage de toute l'unité de soins si ce nouveau cas non isolé est identifié plus de 72 heures après le début de l'hospitalisation; ce premier dépistage, même s'il ne révélait aucun autre cas positif, devrait être répété une semaine plus tard avant de pouvoir conclure qu'il n'y a pas eu de transmission;
 - Évaluer la nécessité d'effectuer le dépistage des patients qui ont été traités par les mêmes intervenants du service de réadaptation physique (ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.) ou qui ont participé à un traitement de groupe avec le nouveau cas non isolé en fonction du risque de transmission du SARM à partir du porteur. Si un dépistage est envisagé, une approche par cercles concentriques autour du cas est recommandée, c'est-à-dire que ses contacts les plus à risque devraient d'abord être dépistés; si parmi eux, un des résultats est positif, on procédera au dépistage du deuxième groupe de contacts les plus à risque, et ainsi de suite. Cette stratégie a pour objectif d'éviter qu'un grand nombre de prélèvements soient faits inutilement;
- Évaluer la nécessité, pour les unités où la clientèle est plus à risque de complications médicales ou d'acquisition (ex. : les unités des grands brûlés, des blessés médullaires et d'oncologie) d'effectuer d'emblée un dépistage de tous les patients de l'unité même si le nouveau cas non isolé est identifié moins de 72 heures après son admission sur cette unité;
- En présence de transmission active sur une unité, les dépistages périodiques devraient être faits au moins toutes les semaines jusqu'à un minimum de deux semaines après la survenue du dernier cas acquis sur cette unité (voir annexe 7, algorithme 3, p. 76).

Dépistage du personnel

Les experts s'entendent pour affirmer que le dépistage chez le personnel n'est pas indiqué de routine.

3.1.2 Sites anatomiques pour le dépistage

Le comité recommande le dépistage au niveau du nez ainsi que des sites avec perte d'intégrité de la peau, tels les plaies ou autres types de lésions cutanées, et stomies :

- Nez : écouvillonnage des 2 narines. Voir l'annexe 4 pour la description de la technique de prélèvement.
- Plaie chirurgicale ou plaie de pression ou toute autre plaie non cicatrisée ou avec écoulement;

Pourtour des stomies (ex. : gastrostomie, trachéostomie).

La recherche de SARM au niveau du nez et d'une plaie (chirurgicale ou plaie de décubitus) ou au niveau du nez et d'une gastrostomie a une sensibilité de 100 % selon Sanford (1994).

Sites facultatifs :

- **Région péri-anale** : De récentes études ont démontré une augmentation importante de la sensibilité de détection des porteurs de SARM lorsqu'un dépistage péri-anal ou rectal était fait en plus d'un écouvillonnage nasal. Curie et collaborateurs (2008) ont démontré que 30 % des patients colonisés n'auraient pas été détectés si un dépistage rectal n'avait pas été fait en plus du dépistage nasal. L'étude de Williams et collaborateurs (2008) conclut que la culture nasale doit être accompagnée d'au moins une culture d'un autre site anatomique, particulièrement de la région péri-anale, pour optimiser l'identification des porteurs de SARM. Dans le contexte d'une éclosion non contrôlée, il pourrait être justifié de faire un dépistage rectal en plus des autres sites.
- **Sécrétions trachéales et expectorations** : L'expérience de certains centres hospitaliers démontre que les patients avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) sont souvent porteurs au niveau de ce site alors que le dépistage nasal est négatif. Il en est de même pour les patients avec trachéostomie.
- **Urine** : Dans la littérature, aucune donnée ne supporte la recommandation de procéder à un dépistage de l'urine chez un patient porteur d'une sonde ou qui doit procéder à des cathétérismes urinaires sur une base régulière. Cependant, l'expérience de certains centres hospitaliers de réadaptation semble démontrer que les patients blessés médullaires peuvent être porteurs au niveau de l'urine sans l'être au niveau du nez. D'autre part, certaines données démontrent que cette clientèle est particulièrement à risque de développer des infections urinaires à SARM (Mylotte, 2000). Le dépistage de l'urine chez les blessés médullaires nécessitant des cathétérismes vésicaux ou chez les porteurs de sonde urinaire est à considérer, en particulier si aucun autre site que le nez n'est dépisté.
- **Gorge** : Selon deux études réalisées en milieu communautaire dont une parmi la clientèle pédiatrique, un prélèvement dans la gorge serait aussi sensible pour détecter la présence de SARM qu'un prélèvement dans le nez. Il est suggéré d'ensemencer les prélèvements de ces deux sites sur une même gélose afin de ne pas augmenter les coûts (Shahin, 1999; Saleao, 2001; Curie et collaborateurs, 2008).
- **Aines, aisselles** : Bien que le dépistage de ces sites soit positif chez certains porteurs, une étude a permis de constater que la contribution relative du dépistage des aines et aisselles par rapport au dépistage des autres sites pour l'identification des porteurs de SARM est plus faible (Grmek-Kosnik, 2005). Cependant, certaines recommandations incluent le dépistage des aines dans les sites à dépister systématiquement à l'admission (Coia, 2006). D'autre part, le dépistage des aines et aisselles pourrait être justifié, notamment dans le cadre d'une augmentation de l'incidence de SARM-AC dans la population. En effet, certaines études démontrent un risque de transmission du SARM-AC lors de contacts intimes entre partenaires sexuels dont l'un serait porteur, ce qui favorise la colonisation des aines par cet agent pathogène (Cook 2007; Diep 2008; Rees 2008).

3.1.3 Identification de l'état de porteur SARM

Lorsqu'un patient est nouvellement identifié porteur de SARM, cette information devrait être rapidement notée au dossier et facilement accessible. Différents moyens peuvent être utilisés simultanément :

- Une alerte par le système informatique du service d'admission ;
- Une alerte au dossier, sous forme d'étiquette très visible, apposée à l'intérieur, sur le dessus de chacun des tomes. Il est important de préserver la confidentialité du diagnostic en évitant de mettre une indication détaillée du statut de porteur, visible à l'extérieur du dossier médical ;
- Une carte signalant l'état de porteur peut être remise au patient (voir annexe 3) en l'incitant à la présenter lors de toute consultation ultérieure dans un centre hospitalier ou un autre milieu de soins.

L'identification de l'état de porteur, communément appelée « signalisation SARM + », doit demeurer inscrite dans le dossier médical jusqu'à ce que le service de prévention des infections émette une indication contraire (voir section 3.1.5.7).

3.1.4 Mesures de prévention et contrôle : évaluation du risque

Dans les CRDPM, les risques de transmission et d'acquisition d'infections et de germes significatifs sont très variables notamment à cause de la diversité des clientèles qui y reçoivent des traitements. Ainsi, certaines mesures de prévention et contrôle sont requises pour les personnes particulièrement vulnérables comme les grands brûlés, alors que ces mêmes mesures pourraient être adaptées pour des clientèles moins à risque, comme les personnes admises pour une réadaptation fonctionnelle suite à un accident vasculaire cérébral. D'autre part, une partie de la clientèle présente des troubles de comportement suite à un traumatisme crânien ayant entraîné une désinhibition; ces atteintes font en sorte que des contacts étroits avec d'autres patients surviennent régulièrement, favorisant ainsi la transmission directe du SARM d'un patient à l'autre. Quelles que soient les mesures de prévention et contrôle retenues, elles doivent permettre l'atteinte des objectifs du traitement de réadaptation pour lesquels les patients sont admis ou visitent le milieu de soins.

Compte tenu de ces facteurs, l'approche retenue pour émettre les recommandations qui suivent rejoint celle proposée par un groupe d'experts écossais (SISS MRSA working group, 2006; Infection prevention working party, 2007) de même que celle retenue pour les milieux de soins aigus de la région de Calgary (Lam-Li D, 2007) : des mesures de prévention et contrôle distinctes sont recommandées selon le risque de transmission et d'acquisition inhérent à diverses clientèles. Ainsi, une classification de la clientèle selon ces risques au regard du SARM est proposée, suivie des mesures recommandées pour chacune des catégories.

CLASSIFICATION DES CLIENTÈLES SELON LE RISQUE D'ACQUISITION OU DE TRANSMISSION DU SARM

Les tableaux suivants présentent les éléments qui caractérisent les clientèles des diverses catégories, selon les risques d'acquisition ou de transmission du SARM en MR.

Tableau 1. Classification de la clientèle porteuse de SARM selon le risque de transmission du SARM à la clientèle non porteuse³

Catégorie 1	Catégorie 2
Risque le plus faible de transmettre le SARM <u>parmi la clientèle des MR</u>	Risque plus élevé que celui des personnes de la catégorie 1 de transmettre le SARM <u>parmi la clientèle des MR</u>
<p>Personne reconnue porteuse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dont l'hygiène est adéquate; <i>ET</i> • Qui collabore aux mesures de PCI; <i>ET</i> • Qui ne représente aucun bris cutané*; <i>ET</i> • Qui ne nécessite aucune intervention invasive**; <i>ET</i> • Qui est continente ou dont les selles et l'urine peuvent être contenus par une culotte d'incontinence. 	<p>Personne reconnue porteuse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dont l'hygiène est inadéquate; <i>OU</i> • Qui collabore peu aux mesures de PCI; <i>OU</i> • Qui présente un bris cutané¹; <i>OU</i> • Qui est incontinente et dont les selles ou l'urine ne peuvent être contenues par une culotte d'incontinence, ou qui sont collectées par un système de drainage; <i>OU</i> • Qui présente une infection respiratoire ou une maladie pulmonaire obstructive chronique; <i>OU</i> • Qui présente une infection de plaie à SARM; <i>OU</i> • Qui nécessite des interventions invasives ** .

* Bris cutané : rupture de la continuité de l'épiderme avec exposition du derme et possibilité d'écoulement de liquide lymphatique ou de sang; ceci comprend le bris cutané résultant d'un traumatisme (ex. : plaie par brûlure de 2^e ou 3^e degré, plaie de pression, plaie chirurgicale, plaie liée à l'utilisation d'un dispositif médical invasif) ou d'une pathologie (ex. : eczéma, psoriasis, furoncle).

** Intervention invasive : manœuvre ou mise en place de dispositif pouvant entraîner de micro bris ou un bris cutané facilitant le portage du SARM au niveau de la peau ou des muqueuses ou permettant l'introduction accidentelle de SARM dans un site stérile (ex. : toucher rectal, cathétérisme vésical intermittent (blessés médullaires), pose et soins de sonde urinaire, pose et soins de sonde gastrique, pose de soluté, soins de trachéostomie, soins de plaies, etc.).

³ Adapté de :

- Lam-Li D, Stoesz J, Ritchie P. Calgary Health Region infection prevention and control recommendations for rehabilitation services. *The Canadian Journal of Infection Control*: Printemps 2007; 56-62.
- SISS MRSA Working Group, Royal College of Physicians of Edinburg. *Guidance for the hospital management of meticillin-resistant Staphylococcus aureus*. RCPE 2006, 55 p.

Tableau 2. Classification de la clientèle reconnue non porteuse de SARM selon le risque d'acquisition du SARM en milieu de réadaptation⁴

Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C
<p>Risque le plus faible d'acquérir le SARM <u>parmi la clientèle des MR</u></p>	<p>Risque plus élevé que celui des personnes de la catégorie A d'acquérir le SARM <u>parmi la clientèle des MR</u></p>	<p>Risque plus élevé que celui des personnes des catégories A et B d'acquérir le SARM et de développer une infection <u>parmi la clientèle des MR</u></p>
<p>Personne reconnue non porteuse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dont l'hygiène est adéquate et qui collabore aux mesures de PCI; <p><i>ET</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui ne présente aucun bris cutané; <p><i>ET</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui ne nécessite aucune intervention ou dispositif invasifs. 	<p>Personne reconnue non porteuse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dont l'hygiène est inadéquate et qui collabore peu aux mesures de PCI; <p><i>OU</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui présente un bris cutané;* <p><i>OU</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui nécessite des interventions invasives occasionnelles. 	<p>Personne reconnue non porteuse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immunosupprimée; <p><i>OU</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dénutrie : <ul style="list-style-type: none"> - IMC \leq 16kg/m² - Albumine sérique < 21g; <p><i>OU</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentant une atteinte chronique de la fonction respiratoire avec VEMS < 50 % de la valeur attendue ou qui nécessite une ventilation mécanique; <p><i>OU</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vulnérable à cause d'un bris cutané majeur : grade 4 ou plus, ou qui couvre > 20 % de la surface corporelle; <p><i>OU</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessitant des interventions invasives répétées; <p><i>OU</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • En attente de chirurgie comportant la pose d'un implant.

* Bris cutané : rupture de la continuité de l'épiderme avec exposition du derme et possibilité d'écoulement de liquide lymphatique ou de sang; ceci comprend le bris cutané résultant d'un traumatisme (ex. : plaie par brûlure de 2^e ou 3^e degré, plaie de pression, plaie chirurgicale, plaie liée à l'utilisation d'un dispositif médical invasif) ou d'une pathologie (ex. : eczéma, psoriasis, furoncle).

** Intervention invasive : manœuvre ou mise en place de dispositif pouvant entraîner de micro bris ou un bris cutané facilitant le portage du SARM au niveau de la peau ou des muqueuses ou permettant l'introduction accidentelle de SARM dans un site stérile (ex. : toucher rectal, cathétérisme vésical intermittent (blessés médullaires), pose et soins de sonde urinaire, pose et soins de sonde gastrique, pose de soluté, soins de trachéostomie, soins de plaies, etc.).

⁴ Adapté de :

- Lam-Li D, Stoesz J, Ritchie P. Calgary Health Region infection prevention and control recommendations for rehabilitation services. The Canadian Journal of Infection Control : Printemps 2007; 56-62.
- SISS MRSA Working Group, Royal College of Physicians of Edinburg. Guidance for the hospital management of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*. RCPE 2006, 55 p.

3.1.5 Mesures de prévention et contrôle : clientèle admise

3.1.5.1 Mesures recommandées pour les personnes reconnues porteuses selon le risque de transmission du SARM (catégories 1 et 2)

Les sections suivantes présentent les recommandations qui s'appliquent aux personnes connues porteuses de SARM selon leur risque de transmettre cette bactérie. Un tableau résumant les mesures recommandées est présenté à l'annexe 8.

Il est important d'évaluer régulièrement la condition d'un patient pour déterminer s'il fait toujours partie de la même catégorie de clientèle. Par exemple, s'il fait partie de la catégorie 1 et qu'il développe une infection respiratoire transmissible, comme l'influenza, ou si sa condition se détériore, il se peut qu'il réponde aux critères de la clientèle faisant partie de la catégorie 2 transitoirement et que les mesures de PCI doivent être ajustées en conséquence pendant cette période. D'autre part, une amélioration de la condition d'un patient de la catégorie 2 peut faire en sorte qu'il réponde aux critères de la clientèle faisant partie de la catégorie 1 et que les mesures de PCI puissent être ajustées.

Dans tous les cas, une évaluation de la condition du patient devrait être faite suite à l'admission d'un nouveau patient dont le statut est inconnu et qui est en attente de résultat de dépistage. Cela pourrait permettre d'ajuster les mesures.

1. Recommandations générales

Le comité réitère l'importance du respect des pratiques de base (section 2.1 et annexe 1) en plus de l'application des mesures d'isolement spécifiques (voir le point suivant : Recommandations spécifiques : précautions contre la transmission par contact adaptées au risque). Notamment, une attention particulière doit être portée sur l'hygiène des mains puisque la majorité de la clientèle circule librement dans le milieu, incluant certains porteurs de SARM, et que les mains sont une source importante de transmission.

2. Recommandations spécifiques : précautions contre la transmission par contact adaptées au risque

Une indication des mesures de prévention à prendre devrait être affichée à la porte de la chambre de la personne porteuse avec une indication du lit concerné lorsque la chambre est partagée. Il est essentiel que cette indication respecte la confidentialité de l'identité de la personne porteuse et de son diagnostic.

3. Lieu de séjour :

- **Patients de catégorie 1 :** Le séjour en chambre individuelle est à privilégier pour un patient porteur de SARM. Le séjour en cohorte avec un autre patient porteur de SARM peut également être envisagé. Compte tenu du nombre restreint de chambres privées disponibles dans les CRDPM, il est possible qu'un patient porteur de SARM doive séjourner avec un non porteur. Il est alors essentiel d'évaluer la condition générale de chacun des patients afin d'identifier les risques de transmission pour éviter de jumeler un patient qui aurait des prédispositions particulières d'acquérir le SARM, comme les personnes qui présentent une lésion cutanée importante ou qui nécessitent des

interventions invasives (ex. : sonde urinaire, ventilation mécanique, plaie, gastrostomie, etc.). Les pratiques de base doivent être enseignées aux patients dès leur admission, particulièrement lorsque la chambre d'un porteur de SARM est partagée avec un non porteur de SARM. Le personnel doit également respecter la confidentialité concernant l'état de porteur d'un patient. Le tableau de l'annexe 6 présente un sommaire des possibilités de partage de chambre par diverses clientèles.

- **Patients de catégorie 2 :** Le séjour en chambre individuelle avec toilette non partagée est recommandé. Il est aussi possible de placer plusieurs patients porteurs de SARM dans la même chambre (regroupement ou cohorte) même s'ils ne font pas partie de la même catégorie de risque de transmission. Cependant, il n'est pas recommandé de regrouper des patients porteurs de différentes infections (ex. : porteur de SARM et patient infecté par le *C. difficile*).
- **Patients de catégorie 1 et 2 :** Il ne faut pas placer dans la même chambre un patient porteur d'une autre bactérie résistante et un patient porteur de SARM, notamment à cause du risque de transfert ou de dissémination de gènes de résistance. De plus, il n'est pas recommandé de regrouper dans la même chambre un porteur de SARM nosocomial et un patient infecté par une souche de SARM communautaire (SARM-AC). De même, le patient présumé porteur qui est en attente de confirmation de son statut suite à un dépistage ne devrait idéalement pas séjourner dans la même chambre qu'un patient porteur confirmé de catégorie 2, ou qu'un patient reconnu non porteur de catégorie B ou C.

4. Partage des toilettes :

Tous les patients SARM devraient pouvoir bénéficier d'une toilette qui leur est réservée sauf s'ils séjournent en cohorte. Il faudrait envisager l'utilisation d'une chaise d'aisance réservée pour les porteurs de SARM au besoin, qu'ils soient en cohorte ou non.

5. Hygiène des mains :

Avec un savon antiseptique ou application d'un rince-mains antiseptique avant et après tout contact avec un patient et après le retrait des gants. L'accès à un rince-mains antiseptique à l'intérieur ou à la sortie de la chambre, ainsi que dans les gymnases et sur les plateaux techniques est une mesure qui facilite l'hygiène des mains. La clientèle devrait procéder à l'hygiène des mains avant et après un traitement de réadaptation particulièrement si ce dernier nécessite l'utilisation d'un équipement partagé; cette activité devrait même faire partie intégrante des traitements de réadaptation. Dans cette situation, l'hygiène des mains du client porteur de SARM devrait se faire de préférence avec un savon antiseptique ayant un pouvoir résiduel, si possible.

6. Port d'une blouse à manches longues :

- **Patients de catégorie 1** : Le port d'une blouse à manches longues est recommandé pour tout membre du personnel qui entre en contact étroit⁵ avec le patient, y compris lors des traitements hors de la chambre. Cette mesure se justifie par les nombreux contacts étroits du personnel avec tous les patients, requis dans le cadre des traitements dans les CRDPM.
- **Patients de catégorie 2** : Le port d'une blouse à manches longues pour tout membre du personnel qui entre dans la chambre d'un porteur de SARM faisant partie de cette catégorie et lors d'un contact étroit⁵ avec celui-ci ou son environnement immédiat. Cette mesure se justifie par les nombreux contacts étroits du personnel avec tous les patients, requis dans le cadre des traitements dans les CRDPM.
- **Patients de catégorie 1 et 2** : En présence d'une cohorte de porteurs de SARM, les participants du groupe de travail n'ont pas établi de consensus sur le port de la même blouse pour donner des soins à plus d'un patient. Certains sont d'avis que l'application des précautions additionnelles de contact doit être respectée intégralement pour chaque patient de la cohorte, notamment pour éviter de nuire à la décolonisation spontanée qui pourrait survenir chez certains d'entre eux. D'autres sont d'avis qu'étant donné que tous les patients sont porteurs de SARM, le port de la même blouse par le personnel soignant est acceptable lors de soins réalisés auprès de plus d'un patient de la cohorte. Il serait cependant nécessaire de changer de blouse après l'ensemble des soins réalisés dans la cohorte, et au besoin selon les pratiques de base. Quelle que soit la pratique retenue localement, les indications reconnues dans les pratiques de base au regard du changement de la blouse doivent être respectées (ex. : changer la blouse si souillée, lors de soins de plaies, soins de sonde urinaire, etc.).

En ce qui concerne les intervenants qui assistent les patients lors des traitements de réadaptation et qui ont des contacts étroits prolongés, il est préférable que ceux-ci changent de blouse entre chaque patient compte tenu de l'intensité et de la durée des contacts requis par certains traitements.

7. Port de gants non stériles à usage unique :

- **Patients de catégorie 1** : Le port de gants non stériles à usage unique est recommandé pour tout membre du personnel qui entre en contact étroit avec le patient ou son environnement immédiat comme lors des traitements sur les plateaux techniques.
- **Patients de catégorie 2** : Le port de gants non stériles à usage unique est recommandé pour tout membre du personnel qui entre dans la chambre et qui entre en contact étroit avec le patient ou son environnement immédiat.
- **Patients de catégorie 1 et 2** : Les gants doivent être enlevés et jetés immédiatement après l'activité. Il est primordial de se laver les mains suite au retrait des gants.

⁵ Par contact étroit, on entend toute activité qui fait en sorte que les vêtements du personnel entrent en contact avec le patient comme exemple lors des soins d'hygiène, lors de l'assistance pour la mobilisation ou lors de traitements de réadaptation.

À l'intérieur d'une cohorte de porteurs de SARM, on doit changer de gants et procéder au lavage des mains entre chaque patient. Par ailleurs, les indications reconnues dans les pratiques de base au regard du changement de gants lors de soins chez un même patient doivent être respectées.

8. Port d'un masque et d'une protection oculaire :

- **Patients de catégorie 1** : La nécessité du port du masque et d'une protection oculaire doit être évaluée selon les pratiques de base.
- **Patients de catégorie 2** : Le port d'un masque et d'une protection oculaire est recommandé lors de contact à moins d'un mètre avec un patient qui présente une infection respiratoire à SARM et dont la symptomatologie favorise la production de gouttelettes, ou lors de manœuvres générant des aérosols ou gouttelettes, soit : succion orale, irrigation de plaie ou de trachéostomie, ou autre (Muto 2003).

9. Matériel de soins et équipement :

Ce matériel doit être réservé à l'usage exclusif du patient porteur de SARM (ex. : stéthoscopes, sphygmomanomètres, chaises d'aisance, thermomètres, compresses non stériles, etc.). Certains équipements de soins peuvent être partagés par plusieurs patients d'une même cohorte, comme les stéthoscopes, fauteuils roulants, etc. Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre. Le dossier médical doit demeurer à l'extérieur de la chambre. Tout le matériel qui ne peut être dédié doit être désinfecté avant d'être utilisé pour un autre patient. À la fin de la période d'isolement, le surplus de matériel qui a possiblement été contaminé et qui ne peut être désinfecté devra être jeté (ex. : compresses).

10. Traitements de réadaptation physique :

Idéalement, les traitements devraient se faire dans la chambre du patient. Les professionnels du service de réadaptation doivent porter une attention particulière pour utiliser du matériel qui se nettoie facilement auprès des patients porteurs de SARM. L'équipement doit lui être réservé ou nettoyé et désinfecté après chaque utilisation. Le nettoyage et la désinfection peuvent se faire avec un germicide utilisé couramment dans le milieu de soins, s'il est compatible avec la surface.

Si le traitement doit se faire dans un gymnase ou sur un plateau technique, le patient doit porter des vêtements propres pour s'y rendre et procéder à l'hygiène des mains en arrivant dans la salle de traitements. Si possible, les traitements des porteurs de SARM peuvent se faire dans une salle ou une aire qui leur est réservée ou au cours d'une même plage horaire. Les équipements doivent être nettoyés et désinfectés suite à une utilisation par un porteur de SARM (ou en attente de résultats de dépistage), avant qu'ils ne soient utilisés pour un autre patient non-porteur.

11. Circulation du patient porteur de SARM hors de sa chambre et participation aux activités sociales :

- **Patients de catégorie 1** : Les patients porteurs de SARM peuvent participer aux activités sociales et communautaires, circuler hors de la chambre et se rendre à la salle à manger. Il est recommandé qu'une attention soit portée à l'hygiène des mains des patients; tous les patients devraient effectuer un lavage des mains (avec ou sans eau) avant toute activité sociale, et au besoin pendant l'activité, avant tous les repas, et porter des vêtements propres.
- **Patients de catégorie 2** : Considérant le risque de transmission lié à la condition du patient ainsi que le besoin de ce dernier de bénéficier des meilleures conditions possibles pour favoriser sa réadaptation, les auteurs recommandent que le patient puisse circuler hors de sa chambre si les conditions suivantes sont respectées :
 - Le patient pourrait circuler hors de sa chambre seulement s'il est accompagné d'une personne qui peut l'encadrer et prendre les mesures de prévention et contrôle requises pour éviter la contamination de l'environnement et la transmission à d'autres personnes;
 - Des précautions particulières doivent être prises s'il y a risque d'écoulement de liquides biologiques (écoulements de plaie, urine). Par exemple, changer le pansement immédiatement avant d'aller à une activité;
 - La participation aux activités de groupe à l'extérieur du MR peut être envisagée si un encadrement adéquat est offert;
 - Une évaluation cas par cas doit être faite quant à la participation aux activités de groupe à l'intérieur du milieu. Des activités qui impliquent le partage de matériel avec d'autres patients, comme le bingo, doivent être évitées ou adaptées;
 - Lorsqu'un patient circule hors de sa chambre, il faut prendre soin d'éviter qu'il n'entre en contact avec une personne qui présente le risque le plus élevé d'acquérir le SARM (catégories B et C);
 - Un patient qui présente une infection active des voies respiratoires, comme une influenza ne devrait pas circuler hors de sa chambre.

En toute circonstance, le patient doit procéder à l'hygiène des mains avant de quitter sa chambre et porter des vêtements propres.

Si le patient doit quitter sa chambre pour des examens ou des traitements, des ententes doivent être prises pour éviter les délais dans le service où il se rend et pour qu'il soit raccompagné rapidement à sa chambre par la suite.

Les brancardiers ainsi que le personnel du service où se rend le patient devront procéder à l'hygiène des mains et porter blouse et gants lorsqu'ils entrent en contact étroit avec le patient comme lorsqu'ils lui portent assistance pour le transférer sur une civière ou dans un fauteuil roulant. Les gants et la blouse doivent être retirés immédiatement suite à cette activité (MSSS 2000). En ce qui concerne les brancardiers, ils doivent retirer l'équipement de protection individuelle, procéder à l'hygiène des mains et au nettoyage/désinfection des

poignées du fauteuil roulant ou de la civière avant de reconduire le patient dans le service où il se rend afin d'éviter de circuler dans les aires communes avec une blouse et des gants potentiellement contaminés.

12. Vaisselle et ustensiles :

Observer les mesures habituelles pour la vaisselle et les ustensiles.

13. Buanderie :

Observer la procédure habituelle pour la manipulation et le lavage du linge des patients porteurs de SARM.

14. Visiteurs :

Il n'existe pas de données scientifiques qui évaluent clairement le rôle des visiteurs dans la transmission nosocomiale du SARM. Certains experts ne recommandent pas de leur faire porter des vêtements de protection puisqu'ils n'ont pas de contacts étroits avec plusieurs patients. Toutefois, ils doivent procéder au lavage des mains après avoir visité un patient porteur de SARM. Les visiteurs devraient éviter d'aller rendre visite à d'autres patients qui séjournent dans la même installation.

Certains milieux, pour des raisons d'organisation, exigent le respect des précautions additionnelles de type contact pour toute personne qui entre dans la chambre, incluant les visiteurs, en particulier si ceux-ci sont susceptibles d'avoir des contacts avec d'autres patients.

15. Mesures de prévention et confidentialité :

Bien que le partage de chambre et de lieux physiques rende difficile le maintien de la confidentialité du statut du patient porteur d'une bactérie résistante, le diagnostic du patient ne doit en aucun cas être divulgué à un voisin de chambre à moins que le porteur n'ait accordé son autorisation.

3.1.5.2 Indications de mise en place des précautions additionnelles de contact telles que décrites pour chacune des catégories de clientèles (voir annexe 7, algorithmes 1, 2 et 4, p. 73-77)

Les mesures d'isolement précédemment décrites s'appliquent à :

- Tout patient identifié porteur de SARM (colonisé ou infecté);
- Tout patient présumé porteur en attente des résultats de dépistage.

Est considéré présumé porteur :

- Tout patient ayant partagé, pour une période excédant 24 heures, la même chambre qu'un porteur de SARM non isolé pendant son séjour en CRDPM;
- Tout patient transféré d'un centre hospitalier où il a séjourné plus de 24 heures.

- Tout patient nouvellement admis, dont le statut de porteur n'est pas confirmé, puisque celui-ci est considéré comme un présumé porteur en attendant les résultats de dépistage. Puisqu'il peut être difficile de connaître la condition exacte du patient avant son arrivée dans le CRDPM, les mesures de prévention prévues avant l'admission de ces patients devraient être celles qui sont recommandées pour les patients de catégorie de risque 2, en attendant les résultats de dépistage. Ces mesures pourraient être rajustées pour se conformer aux mesures recommandées pour la catégorie de risque 1, en attendant la réception des résultats de dépistage, si l'on constate que le patient répond aux critères de cette catégorie à son arrivée au CRDPM.

Ces indications d'isolement des patients présumés porteurs peuvent représenter, pour certains CRDPM, un nombre considérable d'isollements dépassant la capacité en chambres privées de l'établissement. Afin de contourner cette problématique, le concept d'application des précautions additionnelles de type contact « au lit » s'avère une alternative intéressante. Ce concept implique l'application par tout travailleur de la santé de toutes les mesures précédemment décrites à l'exception du séjour en chambre individuelle. Ainsi, un patient nouvellement admis, pour qui le statut de porteur est inconnu pourrait être hébergé avec un patient reconnu non porteur, si aucune autre chambre n'est disponible. Cependant, il faut éviter de mettre dans la même chambre un patient de la catégorie C, c'est-à-dire présentant un plus haut risque d'acquisition du SARM, ou un patient reconnu porteur avec un présumé porteur à l'admission.

Certains experts considèrent que leur propre milieu a pu générer beaucoup de cas liés à la transmission nosocomiale dès les premières années de leur éclosion respective et que plusieurs cas ont pu être manqués dû au fait que peu de dépistages ont été réalisés durant ces années. Il peut donc être justifié de considérer les patients avec des histoires d'hospitalisation dans son propre centre comme présumés porteurs dès leur réadmission, et de mettre en place les mesures d'isolement. Ces histoires d'hospitalisation peuvent remonter à trois ans ou plus puisque la durée médiane de portage du SARM est de 40 mois (Sanford, 1994).

3.1.5.3 Cohorte de cas et unité dédiée

1. Cohorte de cas et personnel dédié

Il est très difficile de s'assurer de l'observance des mesures précédemment décrites lorsque les patients porteurs de SARM sont dispersés sur plusieurs unités différentes dans un CRDPM ou utilisent les gymnases et plateaux techniques en même temps que la clientèle non porteuse de SARM. La cohorte de cas permet au personnel de développer des méthodes de travail facilitant l'application des précautions additionnelles de contact.

Les experts du Rhode Island recommandent la cohorte des cas dans les milieux de soins aigus lorsque l'état du malade, la complexité des soins et le matériel requis le permettent (Arnold, 2002). Pour être efficace, le personnel soignant de la cohorte doit lui être exclusivement dédié, du moins durant la période de la journée où la prestation des soins est plus importante (8 h à 16 h).

En situation d'éclosion, si la transmission nosocomiale se poursuit malgré la création d'une cohorte de cas à laquelle on aura assigné du personnel soignant désigné, il devient justifié de soutenir l'observance des précautions additionnelles de contact par une surveillance continue de leur application par un membre du personnel (ex. : agent de sécurité) à l'entrée et à la sortie de l'aire réservée à cette clientèle.

D'autre part, le partage d'une chambre par plus d'un patient confirmé porteur de SARM constitue également une cohorte. Le tableau 3 présente un aperçu du jumelage de patients reconnus porteurs qui peut être fait lorsque le séjour en chambre individuelle n'est pas possible.

2. Unité dédiée, plateaux techniques dédiés

L'unité géographiquement distincte pour le séjour des cas de SARM a été démontrée efficace pour diminuer la transmission du SARM dans plus d'une étude (Kotilainen, 2003; Fitzpatrick, 2000). Elle s'avère utile quand le nombre de cas augmente et facilite l'application de la notion de personnel dédié à cette clientèle. Par surcroît, une unité où ne séjournent que des patients porteurs de SARM évite à ces derniers d'être confinés à leur chambre et leur permet de déambuler sur l'étage sans être accompagnés, dans le cas de patients qui présentent un risque plus élevé de transmettre le SARM.

Une telle unité exige la polyvalence des infirmières qui devront s'occuper de diverses pathologies médicales et chirurgicales. De plus, cela entraîne la possibilité que des lits soient vacants sur cette unité.

Considérant que certains patients peuvent se décoloniser de façon spontanée, certains milieux demandent une nouvelle confirmation du statut de porteur des patients déjà connus avant de les admettre dans une cohorte de SARM. Dans l'attente des résultats du dépistage, ils sont isolés dans une chambre de dépistage du SARM, à proximité de la cohorte des cas de SARM et partagent habituellement le même personnel que celui de la cohorte de cas de SARM.

En tout temps, il faut éviter d'admettre sur l'unité dédiée ou dans la cohorte des patients pour qui le statut de porteur n'est pas confirmé, en attente de résultats de dépistage. Par ailleurs, tout patient avec une histoire récente d'hospitalisation (il y a moins de un an) chez qui l'état de portage du SARM aurait été confirmé lors du dernier séjour, sera d'emblée orienté vers la cohorte de cas de SARM.

Le comité recommande le regroupement des cas avec du personnel dédié lors de transmission soutenue. Si la transmission nosocomiale se poursuit, on peut alors ajouter les mesures suivantes :

- Mettre en place une surveillance continue du respect des mesures d'isolement (ex. : agent de sécurité);
- Mettre en place une unité géographiquement distincte réservée exclusivement à la clientèle porteuse de SARM et réserver un secteur avec équipements dédiés sur les plateaux techniques et dans les gymnases pour cette clientèle.

D'autre part, il pourrait être avantageux de regrouper la clientèle particulièrement vulnérable et susceptible d'acquérir le SARM (clientèle de catégorie C, voir tableau 2, p. 18) sur une même unité ou dans un même secteur à l'intérieur de CRDPM. Idéalement, cette unité ou ce secteur devrait être localisé géographiquement loin de l'endroit où séjournent les porteurs de SARM. Le fait de regrouper cette clientèle peut réduire le risque de contacts avec les patients porteurs de SARM qui circulent librement dans le milieu et contribuer à protéger cette clientèle d'une colonisation ou d'une infection à SARM. Il revient à chaque CRDPM de décider si la clientèle vulnérable sera regroupée ou non, en fonction de la clientèle elle-même et des ressources disponibles. Si un tel regroupement est mis en place, envisager le dépistage en cours de séjour de cette clientèle pour détecter une transmission possible, tout comme le font certains milieux de soins aigus pour la clientèle des soins intensifs.

3.1.5.4 Durée des précautions additionnelles de contact

Bien que les experts consultés n'aient pas établi de critères pour cesser l'application des précautions additionnelles de contact (absence de recommandations), le comité recommande que :

- Le patient présumé porteur ne soit plus soumis à des précautions additionnelles de contact si un résultat négatif est obtenu pour tous les prélèvements de dépistage effectués. Pour les centres ayant surtout des clientèles de catégorie 2, B et C, considérer répéter le dépistage une semaine plus tard avant de lever l'isolement selon l'épidémiologie locale et celle des centres référents, tel que spécifié par leur équipe PCI.
- Le patient connu porteur à l'admission, ayant reçu des soins ou ayant été hospitalisé au cours de la dernière année, ainsi que le patient nouvellement identifié porteur de SARM durant l'hospitalisation soient soumis à des précautions additionnelles de contact telles que décrites pour les différentes catégories de clientèle, pour toute la durée de leur hospitalisation, sauf si trois séries de dépistages ont été réalisées et que les résultats sont tous négatifs (voir annexe 7, algorithmes 1 et 4, p. 75, 77).
- Le patient connu porteur (alerte au dossier ou carte signalant son statut de porteur), admis pour une première fois depuis un an et qui n'a pas reçu de traitements en milieu de soins sur une base externe pendant cette période, ou pour qui les mesures de PCI avaient été cessées lors d'une hospitalisation antérieure en raison de plusieurs résultats de prélèvements négatifs, soit soumis à des précautions contre la transmission par contact telles que décrites précédemment. Ces mesures pourront être cessées si les

résultats de dépistages, réalisés à l'admission et 48 heures plus tard sont négatifs. Ces dépistages doivent avoir été réalisés au moins une semaine après l'arrêt de tout antibiotique topique ou systémique. Un tel patient doit être suivi pour toute la durée de son hospitalisation par des prélèvements hebdomadaires de tous les sites potentiels pour s'assurer qu'il demeure non porteur de SARM (voir annexe 7, algorithme 1, p. 75).

3.1.5.5 Retrait de l'identification de l'état de porteur (enlever la signalisation SARM +)

Aucune des lignes directrices consultées n'émet de recommandations sur la durée du maintien de l'alerte SARM au dossier. Le comité recommande que ce soit le service de prévention des infections qui prenne la décision de retirer cette alerte après une analyse approfondie du dossier. Le but du retrait de l'identification SARM est de diminuer le réservoir de patients SARM qui peuvent être réadmis ultérieurement et encombrer les cohortes/unités dédiées. Il faudrait également éviter d'admettre en cohorte un patient qui se serait décolonisé spontanément mais pour qui l'étiquette de porteur demeure au dossier. Certains patients demandent aussi expressément que leur statut SARM soit retiré.

Le nombre considérable de patients identifiés porteurs de SARM parmi la clientèle d'un CRDPM peut rendre le travail du retrait de la signalisation SARM très laborieux, travail qui nécessite un suivi serré, des critères rigoureux et des ressources humaines suffisantes. Le retrait de la signalisation du statut de porteur nécessite notamment le respect rigoureux des critères suivants :

- Les prélèvements de contrôle pour vérifier le statut de porteur de SARM doivent être effectués au moins 7 jours suivant l'arrêt de tout antibiotique topique ou systémique; tous les sites potentiels ainsi que tout nouveau site apparu (ex. : plaie, lésion cutanée) doivent faire l'objet d'un prélèvement à l'intérieur du plus court délai possible, idéalement la même journée, et plusieurs prélèvements doivent être analysés dans le temps.
- La décision de retirer la signalisation SARM doit se prendre en considération des facteurs de risque qui perdurent pour un patient donné, par exemple, si un patient est hospitalisé fréquemment dans un même centre hospitalier ou dans des centres hospitaliers différents : il est plus à risque de redevenir SARM même s'il est devenu non porteur.

Certains de ces éléments sont par ailleurs difficiles à évaluer (ex. : patient hospitalisé ailleurs que dans son propre milieu) et c'est la raison pour laquelle aucune méthode n'apparaît meilleure qu'une autre pour permettre au comité de faire une recommandation sur le retrait de la signalisation au dossier d'un porteur de SARM. Le comité souligne qu'il faut prendre en considération les risques inhérents au retrait de la signalisation de patients qui fréquentent régulièrement les milieux de soins sur une base externe et qui risquent de redevenir colonisés.

3.1.5.6 Porteur de SARM fréquemment hospitalisé dans le CRDPM

Après l'analyse du dossier, un patient qui aurait eu des résultats de dépistages des sites potentiels négatifs lors d'admissions consécutives sur une période de plus de douze mois ne devrait plus être systématiquement considéré porteur de SARM à chaque admission. La signalisation de l'état de porteur (signalisation SARM +) peut être retirée du dossier. La révision de ces dossiers doit être effectuée avec le souci de vérifier si les prélèvements pour

recherche de SARM ont été faits au moins une semaine suivant l'arrêt de tout antibiotique topique ou systémique puisque cela rendrait les cultures faussement négatives.

Par ailleurs, puisque ces patients ont une histoire d'hospitalisation antérieure récente, ils devront être dépistés lors des admissions subséquentes tel que préconisé pour tout patient dont le statut de porteur n'est pas connu.

3.2 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DANS LES UNITÉS DE RÉADAPTATION SITUÉES DANS UN CHSLD ou CHSGS

Des recommandations sur les mesures de prévention et contrôle à appliquer dans les CHSLD et les CHSGS ont été décrites dans d'autres sections de ce document. Ces mesures se fondent notamment sur les données disponibles dans la littérature et les avis d'experts, mais également sur la vulnérabilité de la clientèle qui séjourne dans ces milieux et les spécificités des milieux eux-mêmes. Pour ces raisons, le comité recommande que les mesures de prévention et contrôle à appliquer avec la clientèle qui séjourne sur une unité de réadaptation d'un de ces milieux s'harmonisent avec les mesures en place pour l'ensemble de la clientèle porteuse de SARM dans ce milieu de soins. Ces mesures sont les mesures de prévention et contrôle qu'il convient d'appliquer minimalement sur ces unités. Des ajustements à la hausse pourraient être apportés sur la base d'une évaluation cas par cas, au besoin, ou selon les recommandations de l'équipe de prévention des infections, en utilisant les informations disponibles pour les MR, tout en tenant compte des risques encourus pour la clientèle du milieu. Il revient alors à l'équipe de PCI du milieu de procéder à cette évaluation et de faire les recommandations requises.

3.3 MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE : CLIENTÈLE AMBULATOIRE

La prévention de la transmission du SARM dans les services ambulatoires pose un défi particulier puisqu'il arrive que la clientèle hospitalisée côtoie la clientèle externe sur les plateaux techniques et dans les gymnases. De plus, il arrive fréquemment que la clientèle qui reçoit son congé poursuive ses traitements de réadaptation sur une base externe, dans le même environnement et avec les mêmes équipements que lors de son séjour en MR.

Afin de réduire le risque de transmission du SARM à la clientèle hospitalisée, le comité recommande que les mesures de prévention et contrôle appliquées à la clientèle connue porteuse de SARM hospitalisée soient aussi appliquées à la clientèle externe connue porteuse de SARM suivant la catégorie de risque, lorsque les patients reçoivent des traitements de réadaptation dans les mêmes secteurs que la clientèle hospitalisée.

Par contre, un dépistage de l'ensemble de la clientèle externe qui requiert des soins de réadaptation n'est pas recommandé compte tenu de l'impact que cette mesure aurait dans les MR. Le respect rigoureux des pratiques de base, l'hygiène des mains à l'arrivée des patients dans le milieu et dans les aires de traitement, et l'hygiène de l'environnement sont considérées des mesures suffisantes pour prévenir et contrôler la transmission du SARM à partir de la clientèle externe. Toutefois, il serait souhaitable que cette clientèle porteuse de SARM puisse être traitée dans des secteurs dédiés aux patients porteurs de SARM, ou que des plages horaires distinctes leur soient réservées.

4 AUTRES RECOMMANDATIONS

4.1 DÉCOLONISATION DES PORTEURS DE SARM

Le traitement des infections à SARM n'est pas abordé dans le présent document, mais a fait l'objet de lignes directrices récentes de la Société canadienne des maladies infectieuses et de l'Association canadienne des médecins microbiologistes (Simor, 2004).

Les sites les plus fréquents de colonisation par le SARM sont les narines, la peau (surtout les régions affectées par une dermatite ou autres lésions telles que plaies chirurgicales, brûlures, plaies de pression), les régions cutanées ou muqueuses adjacentes à des corps étrangers (tubes endotrachéaux, de gastrotomie, de trachéostomie, etc.), la région péri-anale, les voies respiratoires.

Les membres du comité ne peuvent se prononcer sur l'indication de la décolonisation des personnes porteuses de SARM comme mesure de routine puisqu'il n'y a pas de données suffisantes dans la littérature pour supporter cette recommandation.

Toutefois, dans la littérature, les considérations suivantes sont rapportées :

- La décolonisation peut prévenir une infection à SARM laquelle risque de survenir chez 20 à 60 % de la clientèle hospitalisée. La décolonisation peut donc être indiquée chez une clientèle plus vulnérable, telle que :
 - Les patients en attente de chirurgie majeure ou qui seront soumis à l'implantation de matériel étranger (prothèse, accès vasculaire à long terme);
 - La clientèle en suppléance rénale;
 - Certains patients avec un déficit immunitaire significatif (ex. : VIH, leucémie, maladie granulomateuse chronique, chimiothérapie, etc.);
 - Séjour prolongé.
- Le taux d'échec de la décolonisation est supérieur en présence de cathéters (urinaire, trachéostomie, etc.);
- La décolonisation des patients ne doit être tentée qu'en complément des autres mesures de prévention et de contrôle du SARM (dépistage, lavage des mains, mesures appropriées d'isolement, etc.);
- La décolonisation de la clientèle fait partie des stratégies afin de réduire le réservoir et la transmission nosocomiale du SARM dans les établissements de santé, en particulier lors des situations d'éclosion.

Les taux de succès de la décolonisation varient grandement, soit de 18 à 90 %, avec des variations notables dans les agents utilisés, les sites infectés ou colonisés, et la durée de suivi de la clientèle. Toutefois, la littérature rapporte un faible taux de succès de décolonisation lorsque les patients sont porteurs de plaies (Minary-Dohen, 2003). Les experts s'entendent pour recommander qu'un patient chez qui un traitement de décolonisation est débuté ne doit pas séjourner dans une cohorte de porteurs de SARM.

Plusieurs auteurs ont rapporté une augmentation de la résistance à la mupirocine suite à son utilisation grandissante dans les divers protocoles de contrôle de ce pathogène nosocomial. Un groupe d'Ottawa a examiné 658 isolats de SARM entre 1997 et 2003. Une progression de la résistance de faible niveau (CMI 8-256 mg/L) a été rapportée, passant de 1,2 % en 1997-1999 à 7,5 % en 2000-2003. Les données de résistance de haut niveau ont été similaires, passant de 0 % en 1997 à 17,5 % en 2003 (Mufty, 2005).

Les protocoles de décolonisation peuvent varier selon les centres hospitaliers, mais ils comprennent généralement l'utilisation de bains quotidiens de gluconate de chlorhexidine à 4 % et une antibiothérapie topique dans les deux narines à base de mupirocine, deux fois par jour pour une durée de cinq jours. La durée de l'application d'un traitement de décolonisation avec la mupirocine peut toutefois varier de cinq à quatorze jours, selon le cas (Gilbert, 2004).

Une étude rétrospective chez cent trois patients hospitalisés réalisée dans un centre hospitalier universitaire de Toronto (Fung, 2002) a rapporté un taux d'éradication du SARM avec un suivi minimal de trois mois, à 90 % avec l'utilisation d'une polythérapie antimicrobienne orale et topique comprenant l'utilisation d'un savon antiseptique tel le gluconate de chlorhexidine 4 %, l'application d'onguent de mupirocine 2 % trois fois par jour dans les narines, de la rifampicine 300 mg deux fois par jour et du triméthoprime-sulfaméthoxazole (160 mg-800 mg) durant sept jours. En cas d'intolérance ou d'allergie, le triméthoprime-sulfaméthoxazole était substitué par de la doxycycline 100 mg deux fois par jour.

Les risques de résistance à la mupirocine rapportés dans la littérature soutiennent l'importance d'assurer un suivi avec antibiogramme et de tenir un registre de la sensibilité aux agents utilisés pour la décolonisation si on choisit de procéder à un tel traitement.

4.2 PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU SARM COMMUNAUTAIRE EN MILIEU DE RÉADAPTATION

L'apparition récente de souches de SARM d'origine communautaire pose un risque encore inconnu pour la clientèle des MR. Génétiquement, les souches d'origine communautaire (SARM-AC) sont différentes des souches hospitalières (SARM-H). En effet, les souches communautaires et hospitalières possèdent des cassettes génétiques différentes. Leurs profils de sensibilité aux antibiotiques sont également différents. Les souches hospitalières apparaissent plus résistantes alors que les souches communautaires gardent, en général, une sensibilité à l'égard de la clindamycine, des quinolones et du triméthoprime-sulfaméthoxazole.

La majorité des syndromes cliniques associés au SARM-AC sont des infections, parfois sévères, de la peau et des tissus mous. On retrouve aussi des infections pulmonaires foudroyantes.

Ces souches touchent particulièrement une population plus jeune vivant dans des conditions de vie précaires, notamment les utilisateurs de drogues intraveineuses et les sans-abris. La transmission a également été rapportée parmi des personnes qui ont des contacts physiques

fréquents et qui sont sujettes à des bris de la continuité de la peau, comme les équipes de sport de contact.

Classiquement, on définit un patient atteint d'une infection à SARM-AC sur la base de l'absence des critères habituels des patients atteints d'une infection à SARM-H. En effet, les cas communautaires n'ont, en général, jamais été SARM positif et ils n'ont pas été hospitalisés ni subi de chirurgie récente. Ils ne sont pas porteurs de cathéter vasculaire et ne fréquentent pas de centre de dialyse ou de soins de longue durée. Cependant, ils sont appelés à être éventuellement hospitalisés dans les milieux de soins de diverses missions.

Le SARM-AC n'est pas, semble-t-il, secondaire à un déversement de souches hospitalières vers la communauté et vice-versa. Cela étant dit, il est clair que, des souches communautaires peuvent se retrouver à l'hôpital et que, l'inverse est également vrai. Cette situation a d'ailleurs été observée en Colombie Britannique (David MD et collaborateurs, 2006; Klevens RM et collaborateurs, 2006). L'épidémiologie de la transmission de ces souches est en tout point identique à ce que l'on retrouve avec toutes les souches de Staphylocoque : la transmission se fait par contact direct (peau ou plaie contaminée) et par contact indirect par les objets contaminés, et quelques fois par gouttelettes lorsque le patient présente une pneumonie à SARM.

Bien que l'incidence de ces souches soit encore faible, une augmentation de l'incidence et de la prévalence est à prévoir dans le futur. L'impact qu'auront ces souches dans les MR demeure inconnu. Cette problématique pose cependant un défi pour ces milieux puisqu'une partie de la clientèle ambulatoire côtoie la clientèle hospitalisée, notamment dans les gymnases et sur les plateaux techniques pour les traitements de réadaptation physique, et que de nombreux patients qui séjournent en MR présentent des bris cutanés.

La prévention de la transmission de ces germes s'appuiera donc sur les recommandations de base pour le SARM-H : les pratiques de base doivent être appliquées en tout temps, les précautions contre la transmission par contact seront mises en place telles que recommandées dans les différentes missions des milieux de soins.

Il sera cependant très important que les patients présentant une colonisation avec une souche SARM-AC ne soient pas admis dans une cohorte de patients porteurs de SARM-H ou ne séjournent pas dans la même chambre que des patients porteurs de souches de SARM-H. Il faut donc identifier ces patients d'une manière différente des SARM nosocomiaux (ex. : couleur différente de l'étiquette apposée au dossier, liste différente pour les services d'admission). Par ailleurs, cette souche étant aussi transmissible par contact, des précautions additionnelles de type contact doivent être appliquées lors de l'admission en MR des patients infectés par une souche de SARM communautaire.

Il existe encore beaucoup de questions dans le domaine de la prévention du SARM-AC en milieu de soins. On ne sait pas si les patients sont porteurs au niveau nasal aussi souvent que pour les SARM-H, s'ils se débarrassent du SARM une fois leur infection traitée, s'ils transmettent facilement le SARM-AC par leur environnement. Par contre, les éclosons rapportées en communauté ont presque toutes en commun la promiscuité des groupes atteints. Ainsi, des lignes directrices intérimaires sur les infections cutanées et des tissus mous à SARM-AC soulignent différents éléments sur la prévention de la transmission de ce type d'infection en communauté (Dellit, 2004, Barton et collaborateurs 2006).

4.3 COMMUNICATION ENTRE ÉTABLISSEMENTS

Il faut insister sur le fait que la prévention de la transmission du SARM entre les établissements dépend de la communication entre ces établissements au moment des transferts, mais aussi au moment de la préparation des transferts en vue d'une admission dans un autre établissement de soins de courte durée, de longue durée ou de réadaptation. La communication de l'information dépend de l'infirmière ou du médecin traitant.

Il est recommandé que chaque milieu identifie clairement qui est la personne responsable de communiquer l'information requise sur le statut de porteur du patient et respecte les modalités de transfert des patients identifiés porteurs de SARM (colonisés ou infectés). Le transfert d'un patient porteur ou susceptible de l'être ne peut être retardé sous prétexte que les résultats de dépistage ne sont pas disponibles.

4.3.1 *Transfert dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*

Le personnel doit aviser l'établissement d'accueil de la présence de SARM chez le patient à transférer afin que le personnel de cet établissement puisse prendre les dispositions nécessaires avant le transfert : information par écrit au moment du transfert ou par contact personnalisé avec l'infirmière ou le médecin traitant (MSSS, 2000).

4.3.2 *Transfert dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée*

Le personnel doit aviser l'établissement d'accueil de l'état de porteur du patient à transférer de préférence, avant le transfert pour que l'établissement receveur puisse prendre les dispositions requises à l'accueil de ce patient. Une information écrite (alerte au dossier, carte de porteur ou outils de transfert), doit figurer au dossier qui accompagne le patient lors du transfert à l'établissement de soins de longue durée.

En pratique, lorsqu'un patient porteur de SARM est prêt pour un tel transfert, une note décrivant son état de porteur doit être inscrite dans la section 1 – *Diagnostics actuels*, du formulaire d'évaluation de l'autonomie de l'*Outil multicientèle*, qui est envoyé au centre d'hébergement.

4.3.3 Transfert dans un autre milieu de réadaptation

Le personnel soignant doit aviser l'établissement d'accueil de la présence de SARM chez le patient à transférer afin que le personnel de cet établissement puisse prendre les dispositions nécessaires avant le transfert (information par écrit au moment du transfert ou par contact personnalisé avec l'infirmière ou le médecin traitant).

4.3.4 Transfert du patient à domicile

Lorsque le patient retourne à domicile, des informations devront lui être données pour lui expliquer pourquoi les précautions prises lors de son séjour en MR sont différentes de celles qu'il doit prendre à domicile, ainsi que les raisons pour lesquelles, s'il était réadmis dans un milieu de soins, il serait isolé à nouveau. Si des soins ambulatoires ou à domicile sont nécessaires, les responsables de ces services (ex. : CLSC) devront être avisés du statut de porteur du patient. Une carte ou un autre document (ex. : outil de transfert) attestant son statut de porteur devrait également être remis au patient (voir l'annexe 3) avec consigne de le présenter aux infirmières ou au personnel du CLSC qui viendront le visiter (MSSS, 2000).

En pratique, lorsqu'un patient porteur de SARM obtient son congé et retourne à son domicile, le dépliant « Information sur le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline pour le patient et sa famille » (voir l'annexe 2) devrait lui être remis.

4.4 NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DE L'ENVIRONNEMENT

Bien que l'environnement ne soit pas considéré comme le réservoir le plus important du SARM, certaines études font état de la contribution d'objets ou de surfaces environnementales contaminés dans la transmission de cette bactérie. Notamment, Rampling et collaborateurs (2001) mettent en évidence l'importance de l'hygiène de l'environnement dans le contrôle d'une éclosion de SARM, survenue sur une unité de soins chirurgicaux, et qui aurait touché 69 patients sur une période de 21 mois. Parmi 72 isolats de SARM provenant de patients, le typage de 55 d'entre eux a permis de constater que les souches étaient identiques à celles retrouvées dans l'environnement. Malgré la mise en place de diverses mesures de prévention et contrôle, les auteurs attribuent le contrôle de l'éclosion aux mesures d'hygiène et salubrité rigoureuses qui ont été mises en place. De semblables constatations ont été faites par Hardi et collaborateurs (2006) qui ont examiné la contamination environnementale par le SARM dans une unité de soins intensifs et qui ont vérifié la correspondance des souches retrouvées avec celles des patients qui ont acquis le SARM au cours de leur séjour. Par ailleurs, Dancer (2008) a réalisé une revue de la littérature qui démontre l'importance de l'hygiène et de la salubrité de l'environnement de soins dans la prévention de la transmission du SARM.

Il est possible que le problème de transmission du SARM lié au partage de l'environnement et des équipements existe dans les MR tout comme dans les milieux de soins aigus. Les MR accueillent une clientèle avec bris cutanés ou requérant des procédures invasives répétées; le très fréquent partage des lieux et équipements de soins favorise la contamination de l'environnement et la transmission d'agents pathogènes. Il est donc essentiel de bien nettoyer et désinfecter les surfaces potentiellement contaminées par le SARM.

Les mesures de nettoyage et désinfection recommandées sont les suivantes :

- Nettoyer quotidiennement toutes les surfaces horizontales et celles touchées fréquemment par les mains (ex. : lampe de chevet, poignée de porte, côtés du lit, cloche d'appel, murs à portée de mains, plateaux techniques, etc.);
- Nettoyer quotidiennement tous les équipements partagés utilisés dans le secteur réservé aux patients porteurs de SARM, sur les plateaux techniques;
- Utiliser des désinfectants habituels pour le nettoyage des surfaces de l'environnement; ces derniers permettent une réduction de la charge microbienne ce qui est généralement efficace (MSSS, 2000; CDC, 2003; Rutala, 1996);
- Remplacer la solution désinfectante et changer la vadrouille et les linges utilisés après le nettoyage de la chambre;
- Lors du départ du patient (incluant le transfert sur une autre unité) ou de l'arrêt des précautions additionnelles, procéder au nettoyage de la chambre selon la pratique journalière à laquelle s'ajoute un nettoyage complet du lit et de la salle de toilette ainsi que le changement du rideau séparateur;
- Suivre les recommandations sur le nettoyage et la désinfection des équipements d'hydrothérapie des établissements de soins au Québec (2003) pour l'entretien des équipements utilisés en hydrothérapie;
- Un programme d'enseignement particulier destiné au personnel de l'entretien ménager devrait être mis en place (MSSS, 2000);
- Santé Canada a émis des lignes directrices sur la désinfection en milieu de soins qui peuvent être consultées pour plus d'information (Santé Canada, 1998).

CONCLUSION

La prévention et le contrôle de la transmission du SARM en MR est une activité essentielle pour assurer la qualité et la sécurité des soins. La mise en place de mesures de prévention et contrôle dans ces milieux est quelquefois difficile puisque les traitements requis dans le cadre de la réadaptation font en sorte que la clientèle doit pouvoir circuler librement et maintenir des contacts tant avec les intervenants qu'avec d'autres patients. Peu d'études sont actuellement disponibles sur la transmission d'infections, dont le SARM, dans les MR et sur les mesures requises pour en réduire la survenue. Il serait souhaitable que des chercheurs se penchent sur la problématique des infections transmises dans les MR, notamment pour en connaître l'incidence et apporter des précisions sur la nécessité de mettre en place des mesures de prévention et contrôle.

BIBLIOGRAPHIE

Aizen E, Ljubuncic Z, Aizen I, Potasma I. Risk factors for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization in a geriatric rehabilitation hospital. *Journal of gerontology: Medical sciences* 2007;62A(10):1152-1156.

Arnold MS, Dempsey JM, Fishman M, et collaborateurs. The best hospital practices for controlling methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* : On the cutting edge. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002;3:69-76.

Barton, M., Hawkes, M. et collaborateurs. Guidelines for the prevention and management of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A perspective for Canadian health care practitioners. *Canadian journal of infectious disease and medical microbiology, MRSA guidelines supplement*, September/October 2006, Volume 17, Supplement SC.

Boyce JM, Jackson MM, Pugliese G, Batt MD, Fleming D, Garner JS et collaborateurs. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): A briefing for acute care hospitals and nursing facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1994;5:105-115.

Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). Guidelines for environmental infection control in healthcare facilities. *MMWR* 2003;52(NORR-10):1-48.

Center for Diseases Control and Prevention (CDC). Guideline for hand hygiene in health-care settings. *Morbidity and mortality weekly report*. October 25, 2002;51(RR-16).

Coia JE, Duckworth GJ, Edwards DI, Farrington M, Fry C, Humphrey H, Mallaghan C, Tucker DR. Guidelines for the control and prevention of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in healthcare facilities. *Journal of hospital infection* 2006;635:S1-S44.

Currie A, Davis L, Odrobina E, Waldman S, White D, Tomassi J, Kevin CK. Sensitivities of nasal and rectal swabs for MRSA detection in a large community teaching hospital active surveillance program. SHEA 2008. The society for healthcare epidemiology of America; 5 au 8 avril 2008; Orlando, Floride; p. 129.

Dancer, SJ. Importance of the environment in methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* acquisition : the case for hospital cleaning. *Lancet infectious disease* : 2008; 8, 101-113.

David MD, Kearns AM, Gossain S, Ganner M, Holmes A. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: nosocomial transmission in a neonatal unit. *Journal of hospital infection* 2006;64:244-250.

Dellit T, Duchin J, Hofmann J, et collaborateurs. Interim guidelines for evaluation and management of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin and soft tissue infections in outpatient settings. Sept 2, 2004. Disponible sur : www.metrokc.gov/health/prevcont/mrsa.htm

Diep BA, Chambers HF, Graber CJ, Szumowski JD, Miller LG, Han LL, Chen JH, Lin F, Lin J, Tiffany HP, Heather AC, McDougal LK, Tenover FC, Cohen DE, Mayer KH, Sensabaugh GF, Perdreau-Remington F. Emergence of multidrug-resistant, community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* clone USA300 in men who have sex with men. *Annals of internal medicine* 2008;148:249-257.

Fitzpatrick F, Murphy AM, Brady A et collaborateurs. A purpose built MRSA cohort unit. J Hosp Infect 2000;46:271-279.

French Prevalence Survey group. Prevalence of nosocomial infections in France : results of the nationwide survey in 1996. Journal of hospital infection 2000;186-193.

Fung SK, Louie M, Simor AE. Combined topical and oral antimicrobial therapy for the eradication of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) colonization in hospitalized patients. Can J Infect Dis 2002;13:287-92.

Gilbert DN, Moellering RC Jr, Eliopoulos GM, Sande MA. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2004, 34th Edition.

Girard R, Mazoyer MA, Plauchu MM, Rode G. High prevalence of nosocomial infections in rehabilitation units accounted for by urinary tract infections in patients with spinal cord injury. Journal of hospital infection 2006;62:473-479.

Grmek-Kosnik I, Ihan A, Dermota U, Rems M, Kosnik M, Jorn Kolmos H. Evaluation of separate vs pooled swab cultures, different media, broth enrichment and anatomical sites of screening for the detection of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* from clinical specimens. J of Hospital infection 2005;61:155-161.

Grundmann H, Aires-de Sousa M, Boyce J, Tiemersma E. Emergence and resurgence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* as a public-health threat. Lancet 2006; 368 : 874-885.

Hardy KJ, Oppenheim BA, Gossain S, Gao F, Hawkey PM. A study of the relationship between environmental contamination with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) and patient's acquisition of MRSA. Infection control and hospital epidemiology; Février 2006;27(2):127-132.

Heather AC, Furuya EY, Larson E, Vasquez G, Lowy FD. Heterosexual transmission of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Clinical infectious disease 2007;44: 410-3.

Infection prevention working party, MRSA nursing home, 2007. www.wip.nl

Klevens RM, Morrison MA, Fridkin SK, Reingold A, Petit S, Gershman K, et collaborateurs. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and healthcare risk factors. Emerg Infect Dis. 2006 Dec, 12(12). <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol12no12/06-0505.htm>

Kotilainen P, Routamaa M, Peltonen R, et collaborateurs. Elimination of epidemic methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* from a university hospital and district institutions, Finland. Emerg Infect Dis 2003;9:169-175.

Lam-Li D, Stoesz J, Ritchie P. Calgary Health Region infection prevention and control recommendations for rehabilitation services. The Canadian Journal of Infection Control : Printemps 2007;56-62.

Lawrence C, Ohana S, Dizien O, Laffont I, Lortat-Jacob S et collaborateurs, Intérêt du dépistage actif des bactéries multirésistantes dans les services de médecine physique et réadaptation. Pathologie Biologie 2004; 52 : 602-606.

Lucet JC, Grenet K, Armand-Lefebvre L, Harnal M, Bouvet E, Regnier B et collaborateurs. High prevalence of carriage of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* at hospital admission in elderly patients: implications for infection control strategies. *Infection control and hospital epidemiology* 2005;26(2):121-126.

Manian FA, Senkel D, Zack J, Meyer L. Routine screening for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among patients newly admitted to an acute rehabilitation unit. *Infection control and hospital epidemiology*;Septembre 2002;516-519.

Minary-Dohen P, Bailly P, Bertrand X, Talon D. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in rehabilitation and chronic-care facilities: what is the best? *BMC geriatrics* 2003; 3:5-11.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Mesures de contrôle et prévention des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la Méthicilline au Québec, avril 2000.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Recommandations sur le nettoyage et la désinfection des équipements d'hydrothérapie des établissements de soins au Québec. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003; 87 p.

Mody L, McNeil SA, Sun R, Bradley SE, Kauffman CA. Introduction of a waterless alcohol-based hand rub in a long-term care facility. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2003 Mar;24(3) :165-71.

Muto CA, Jernigan JA, Ostrowsky BE, Richet HM, Jarvis WR, Boyce JM, et collaborateurs. SHEA guideline for preventing nosocomial transmission of multidrug-resistant strains of *Staphylococcus aureus* and *Enterococcus*. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2003;24(5):362-86.

Mylotte JM, Graham R, Kahler L, Young L, Goodnough S. Epidemiology of Nosocomial infection and resistant organisms in patients admitted for the first time an acute rehabilitation unit. *Clinical infectious diseases* 2000;30:425-432.

Rampling A, Wiseman S, Davus L, Hyett AP, Walbridge AN, Payne GC, Cornaby AJ. Evidence that hospital hygiene is important in the control of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Journal of hospital infection* 2001;49:109-116.

Rees G, Hope K, Alfieri N, Louie T, Ledgerwood D, Ritchie P, Stoesz J, Holton D. The mark of zero: an innovative MRSA admission screening pilot in the Calgary Health Region. Communication par affichage, Colloque CHICA-AIPI, 3 juin 2008, Montréal.

Rutala, W.A. APIC Guidelines Selection and Use of Disinfectants. *Am J Infect Control* 1996; 24(4):313-42.

Sa-Leao R, Sanches IS, Couto I, Alves CR, de Lencastre H. Low prevalence of methicillin-resistant strains among *Staphylococcus aureus* colonizing young and healthy members of the community in Portugal. *Microb Drug Resist.* 2001 Fall;7(3):237-45.

Sanford MD, Widmer AF, Bale MJ, et collaborateurs. Efficient detection and long-term persistence of the carriage of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Clin Infect Dis* 1994;19:1123-1128.

Santé Canada, *Guide de prévention des infections : lavage des mains, nettoyage, désinfection dans les établissements de santé, Relevé des maladies transmissibles au Canada 1998*;2458:29-33.

Schabrun S, Chpchase L. Healthcare equipment as a source of nosocomial infection : a systematic review. *Journal of Hospital Infection* 2006;63:239-245.

Shahin R, Johnson IL, Jamieson F, McGeer A, Tolkin J, Ford-Jones EL. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carriage in a child care center following a case of disease. *Toronto Child Care Center Study Group. Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999 Aug;153(8):864-8.

Simor A, Loeb M, and the CIDS/CAMM Guidelines Committee. The management of infection and colonization due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A Canadian Infectious Disease Society position paper. *Can J Infect Dis* 2004;15:39-48.

SISS MRSA Working Group, Royal College of Physicians of Edinburgh. Guidance for the hospital management of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. RCPE 2006, 55 p.

Williams VR, Callery S, Vearncombe M, Simor AE. The necessity of screening multiple anatomical sites as a component of active surveillance for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. SHEA 2008. The society for healthcare epidemiology of America; 5 au 8 avril 2008; Orlando, Floride; p. 129.

ANNEXE 1
PRATIQUES DE BASE

PRÉVENTION DES INFECTIONS :

Pratiques de base

LAVAGE DES MAINS



- Se laver les mains avant et après avoir donné des soins à un patient;
- à la suite d'une contamination par du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excréments, des surfaces et du matériel souillés;
- après avoir retiré les gants.

GANTS

- Pour éviter le contact possible avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excréments, des muqueuses, des lésions cutanées ou avec du matériel contaminé;
- les enlever sans délai pour éviter la contamination.



MASQUE ET PROTECTION OCULAIRE

- Pour protéger les muqueuses de la bouche, du nez et des yeux lorsqu'il y a un risque d'éclaboussures de sang, de liquides organiques, de sécrétions et d'excréments.

BLOUSE

- Pour protéger la peau et les vêtements des éclaboussures possibles de sang, de liquides organiques, de sécrétions et d'excréments.



LINGERIE (LITERIE)

- Manipuler et transporter la lingerie souillée avec précaution de manière à prévenir la contamination;
- déposer immédiatement dans un sac étanche; si nécessaire, glisser le sac à l'intérieur d'un deuxième sac pour prévenir les risques de fuite de liquide.

PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT

- Suivre les procédures de nettoyage;
- porter une attention particulière aux surfaces fréquemment touchées;
- jeter les déchets selon les normes et les procédures établies.



ÉQUIPEMENT DE SOINS

- Manipuler et transporter l'équipement de soins souillé de manière à prévenir la contamination;
- désinfecter ou stériliser adéquatement l'équipement de soins réutilisable pour réduire le risque de transmission de micro-organismes à d'autres patients.

MATÉRIEL PIQUANT OU TRANCHANT

- Manipuler avec prudence le matériel piquant ou tranchant pour éviter les blessures accidentelles;
- ne pas remettre la gaine protectrice sur les aiguilles souillées;
- utiliser les contenants identifiés à cette fin pour jeter ce matériel.



HÉBERGEMENT DU PATIENT

- Placer en chambre individuelle le patient qui risque de contaminer le milieu.

Regroupement des professionnels en prévention des infections
Régions 03-12, Québec, Chaudière-Appalaches, 1999

ANNEXE 2

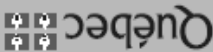
DÉPLIANT SARM POUR LE PATIENTS ET SA FAMILLE

Que sont les staphylocoques ?

Les staphylocoques sont des bactéries qu'on trouve habituellement sur la peau ou dans les narines des personnes. En général, les staphylocoques ne causent pas d'infections chez les gens en bonne santé. Parfois, ils peuvent causer des infections de la peau ou des infections de plaies et, plus rarement, des pneumonies ou des infections du sang. Une infection causée par un staphylocoque peut être traitée par un antibiotique.

LES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES

Réalisé par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux

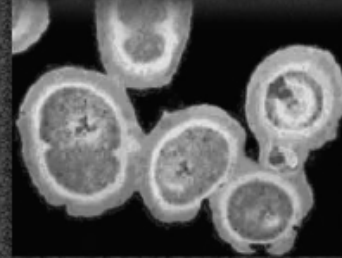


Mars 2006
Source : Mesures de contrôle et de prévention des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) au Québec, C.N.Q. (2006).

INFORMATION SUR LE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*
RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE

POUR LE PATIENT ET SA FAMILLE

SARM



Qu'est-ce que le SARM (*Staphylococcus Aureus* Résistant à la Méthicilline)?

Le SARM est un staphylocoque qui a développé une résistance à plusieurs antibiotiques dont la méthicilline. Le SARM ne cause pas plus d'infections que les autres staphylocoques mais il peut nécessiter un traitement plus difficile et plus long.

Comment le SARM est-il détecté?

Un prélèvement (ex. : dans les narines ou dans une plaie) analysé en laboratoire permet de déterminer la présence de cette bactérie. On dit que le patient est porteur ou colonisé s'il y a présence de la bactérie sans aucun signe d'infection et infecté s'il y a présence de signes d'infection (ex. : plaie avec rougeur au pourtour, écoulement de pus).

Comment le SARM se transmet-il?

Le SARM se transmet principalement d'un patient porteur à un autre patient par les mains contaminées du personnel soignant. C'est pourquoi la meilleure protection est le lavage des mains du personnel soignant. Il n'y a pas de transmission par l'environnement (ex. : poignées, meubles).

Le risque de transmission du SARM d'une personne porteuse à des membres de sa famille, incluant les enfants et les femmes enceintes, est très faible.

Pendant combien de temps le SARM reste-t-il présent dans les narines ou dans une plaie?

Le SARM peut rester dans les narines ou dans une plaie pendant plusieurs mois, parfois des années. Les personnes porteuses peuvent donc l'être encore au moment d'une nouvelle admission à l'hôpital.

Quelles précautions seront prises au moment d'une hospitalisation?

Il est important d'aviser le personnel soignant que la personne est porteuse de SARM lors d'une admission ou d'une consultation soit à l'hôpital, soit en centre d'hébergement (CHSLD) afin que les mesures nécessaires pour la protection des autres patients soient prises.

La personne porteuse de SARM pourra être placée dans une chambre individuelle et des précautions particulières pourront être prises (ex. : port de gants, blouse). De plus, un prélèvement dans les narines et les plaies sera fait afin de vérifier si le patient est toujours porteur de cette bactérie.

Comment prévenir la transmission du SARM à la maison?

Le moyen le plus efficace et le plus simple est que la personne porteuse et les membres de sa famille se lavent les mains régulièrement. Le SARM n'est pas plus dangereux que les autres bactéries retrouvées normalement sur la peau des personnes que l'on côtoie à tous les jours.

Les pansements souillés de sécrétions doivent être jetés dans un sac de plastique fermé. Il n'y a pas de mesure particulière à prendre pour la vaisselle et les ustensiles. Le lavage des vêtements d'une personne porteuse de SARM peut se faire de la façon habituelle avec un détergent commercial courant en utilisant de l'eau chaude ou tiède.

S'il y a une personne malade à la maison dont le système de défense est affaibli, il faut aviser le médecin ou l'infirmière avant le retour à la maison de la personne porteuse de SARM car des mesures supplémentaires pourraient être nécessaires.

Vous recevez des soins à domicile?

Le personnel soignant qui donne des soins à domicile à un patient porteur de SARM doit prendre des précautions particulières afin de ne pas transmettre la bactérie à d'autres patients. L'utilisation de gants et d'une blouse peut être nécessaire dans certaines circonstances. Ces mesures seront cessées lorsque les résultats des tests de laboratoire indiqueront que le patient n'est plus porteur de la bactérie.

Quand doit-on se laver les mains en présence de SARM?

- avant et après avoir donné des soins.
- Se rappeler que, de façon générale, on doit aussi se laver les mains:
- avant de préparer, de manipuler, de servir des aliments ou de manger;
 - après être allé aux toilettes;
 - après s'être mouché, avoir toussé ou avoir éternué;
 - après une contamination accidentelle avec du sang ou d'autres liquides biologiques;
 - lorsque les mains sont visiblement souillées.

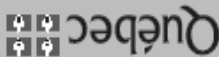
Pour toute demande de renseignements supplémentaires, consulter le service Info-Santé de votre CLSC ou votre médecin

What are staphylococci?

Staphylococci are bacteria that are commonly found on people's skin or in the nose. Usually, staphylococci do not create infections in healthy people. They may sometimes cause skin infections, wound infections and, more rarely, pneumonia or blood infections. A staphylococcus infection can be treated with an antibiotic.

MULTIDRUG-RESISTANT BACTERIA

Developed by the Direction de santé publique of the Agency of Health Services of the City of Montreal in collaboration with the Ministère de la Santé et des Services sociaux.



March 2006
Source: Mesures de contrôle et de prévention des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) au Québec. C.N.Q. (2006).

INFORMATION ON METHICILLIN-RESISTANT
STAPHYLOCOCCUS AUREUS

FOR PATIENTS AND FAMILIES

MRSA

ANNEXE 3

CARTE D'IDENTIFICATION D'ÉTAT DE PORTEUR DE SARM

Logo de votre CH	Prévention des infections Vos coordonnées
------------------	----------------------------------------------

M. Mme : _____

Date de naissance : _____ # dossier : _____

Était porteur d'une bactérie multirésistante à son départ.

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

ERV : Entérocoque résistant à la vancomycine

Date : ____/____/____ Signature : _____

Logo de votre CH	Prévention des infections Vos coordonnées
------------------	----------------------------------------------

M. Mme : _____

Date de naissance : _____ # dossier : _____

Était porteur d'une bactérie multirésistante à son départ.

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

ERV : Entérocoque résistant à la vancomycine

Date : ____/____/____ Signature : _____

Logo de votre CH	Prévention des infections Vos coordonnées
------------------	----------------------------------------------

M. Mme : _____

Date de naissance : _____ # dossier : _____

Était porteur d'une bactérie multirésistante à son départ.

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

ERV : Entérocoque résistant à la vancomycine

Date : ____/____/____ Signature : _____

Logo de votre CH	Prévention des infections Vos coordonnées
------------------	----------------------------------------------

M. Mme : _____

Date de naissance : _____ # dossier : _____

Était porteur d'une bactérie multirésistante à son départ.

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

ERV : Entérocoque résistant à la vancomycine

Date : ____/____/____ Signature : _____

Logo de votre CH	Prévention des infections Vos coordonnées
------------------	----------------------------------------------

M. Mme : _____

Date de naissance : _____ # dossier : _____

Était porteur d'une bactérie multirésistante à son départ.

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

ERV : Entérocoque résistant à la vancomycine

Date : ____/____/____ Signature : _____

Logo de votre CH	Prévention des infections Vos coordonnées
------------------	----------------------------------------------

M. Mme : _____

Date de naissance : _____ # dossier : _____

Était porteur d'une bactérie multirésistante à son départ.

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

ERV : Entérocoque résistant à la vancomycine

Date : ____/____/____ Signature : _____

Logo de votre CH	Prévention des infections Vos coordonnées
------------------	----------------------------------------------

M. Mme : _____

Date de naissance : _____ # dossier : _____

Était porteur d'une bactérie multirésistante à son départ.

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

ERV : Entérocoque résistant à la vancomycine

Date : ____/____/____ Signature : _____

Logo de votre CH	Prévention des infections Vos coordonnées
------------------	----------------------------------------------

M. M. Mme : _____

Date de naissance : _____ # dossier : _____

Était porteur d'une bactérie multirésistante à son départ.

SARM : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

ERV : Entérocoque résistant à la vancomycine

Date : ____/____/____ Signature : _____

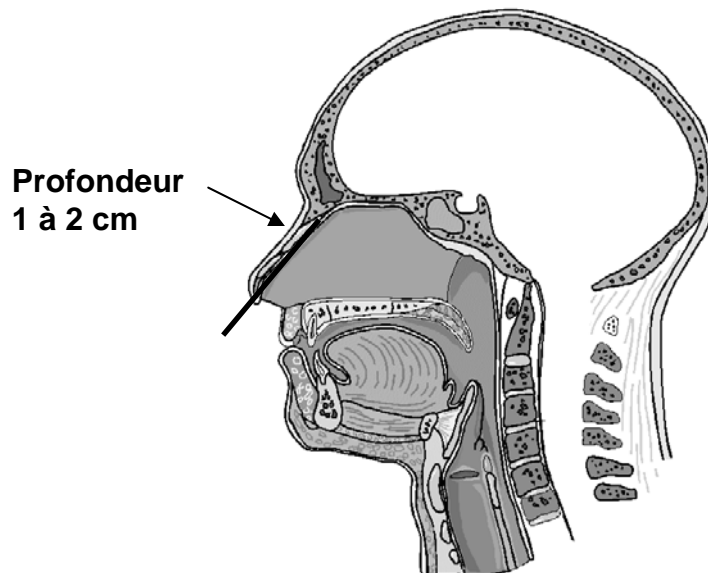
<p>PRÉSENTER CETTE CARTE LORS DE TOUTE ADMISSION EN CENTRE HOSPITALIER</p>	<p>PRÉSENTER CETTE CARTE LORS DE TOUTE ADMISSION EN CENTRE HOSPITALIER</p>
<p>PRÉSENTER CETTE CARTE LORS DE TOUTE ADMISSION EN CENTRE HOSPITALIER</p>	<p>PRÉSENTER CETTE CARTE LORS DE TOUTE ADMISSION EN CENTRE HOSPITALIER</p>
<p>PRÉSENTER CETTE CARTE LORS DE TOUTE ADMISSION EN CENTRE HOSPITALIER</p>	<p>PRÉSENTER CETTE CARTE LORS DE TOUTE ADMISSION EN CENTRE HOSPITALIER</p>
<p>PRÉSENTER CETTE CARTE LORS DE TOUTE ADMISSION EN CENTRE HOSPITALIER</p>	<p>PRÉSENTER CETTE CARTE LORS DE TOUTE ADMISSION EN CENTRE HOSPITALIER</p>

ANNEXE 4

TECHNIQUE DE PRÉLÈVEMENT NASAL

TECHNIQUE DE PRÉLÈVEMENT NASAL POUR LA RECHERCHE DE *S. AUREUS* RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM)

1. Humidifier l'écouvillon avec de la saline stérile (optionnel).
2. Insérer l'écouvillon dans la narine antérieure du patient (1-2 cm) et recueillir les sécrétions nasales en effectuant cinq (5) rotations complètes de l'écouvillon.
3. Répéter la même procédure dans l'autre narine du patient.
4. Placer l'écouvillon dans son étui de transport.



Adaptation de Miller J. Michael et coll, General principles of collection and handling, in : Manuel of clinical microbiology 8th edition, American Society of Microbiology, Chap 6, p. 61

ANNEXE 5

**PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES DE CONTACT AJUSTÉES
SELON LE RISQUE DE TRANSMISSION À PARTIR DES PORTEURS
POTENTIELS OU CONFIRMÉS DE SARM
EN MILIEU DE RÉADAPTATION**

Précautions additionnelles de contact ajustées selon le risque de transmission à partir des porteurs potentiels ou confirmés de SARM en milieu de réadaptation

Les précautions additionnelles de contact sont des mesures de prévention qui s'ajoutent aux pratiques de base. Ces dernières doivent être appliquées en tout temps, avec toute la clientèle. Les pratiques de base sont sommairement décrites à l'annexe 1.

PRÉCAUTIONS	CATÉGORIE DE RISQUE 1*	CATÉGORIE DE RISQUE 2**
INFORMATION SUR LES PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES DE CONTACT RECOMMANDÉES	Une affiche explicative placée à la porte de la chambre indique les mesures à prendre. Informer le patient (et sa famille au besoin) sur son état de porteur et des mesures spécifiques recommandées	
SÉJOUR EN CHAMBRE INDIVIDUELLE AVEC TOILETTE	À privilégier. Il est aussi possible de regrouper plusieurs patients porteurs de SARM dans la même chambre (cohorte de cas). Il est possible d'hospitaliser un porteur de SARM avec un non porteur dans des circonstances exceptionnelles en évaluant les risques de transmission selon les tableaux 1, 2 et l'annexe 6.	Hospitalisation en chambre individuelle avec toilette. Il est aussi possible de regrouper plusieurs patients porteurs de SARM dans la même chambre (cohorte de cas) même s'ils ne font pas partie de la même catégorie de risque.
	Ne pas regrouper un patient porteur d'une souche de SARM hospitalier avec un patient porteur d'une souche de SARM communautaire, un patient porteur d'ERV ou d'une autre bactérie résistante.	
HYGIÈNE DES MAINS	Toujours se laver les mains avec eau et savon ou appliquer un rince-mains antiseptique immédiatement avant et après tout contact avec un patient ou son environnement immédiat et après le retrait des gants.	
• Personnel		
• Patient	Former et informer le patient sur l'importance et la technique d'hygiène des mains. Le patient doit toujours se laver les mains avant de quitter sa chambre, avant et après tout traitement de réadaptation physique.	
• Masque	Port du masque à évaluer selon les pratiques de base	Port d'un masque lors de contact à moins d'un mètre si le patient présente une infection respiratoire ou risque de contamination par des gouttelettes ou aérosols.
BLOUSE À MANCHES LONGUES	Port de la blouse pour tout membre du personnel qui entre en contact étroit ⁶ avec le patient comme lors des traitements de réadaptation. Retirer la blouse avant de quitter la chambre ou après le traitement.	Port de la blouse pour tout membre du personnel qui entre dans la chambre ou qui entre en contact avec le patient ou son environnement immédiat comme lors des traitements de réadaptation. Retirer la blouse avant de quitter la chambre ou après le traitement.

⁶ Par contact étroit, on entend toute activité qui fait en sorte que les vêtements du personnel entrent en contact avec le patient comme exemple lors des soins d'hygiène, lors de l'assistance pour la mobilisation ou lors de traitements de réadaptation.

PRÉCAUTIONS	CATÉGORIE DE RISQUE 1*	CATÉGORIE DE RISQUE 2**
GANTS NON STÉRILES À USAGE UNIQUES	Port des gants par tout membre du personnel qui entre en contact étroit avec le patient ou son environnement immédiat comme lors des traitements de réadaptation.	Port des gants par tout membre du personnel qui entre dans la chambre ou qui entre en contact étroit avec le patient ou son environnement immédiat comme lors des traitements de réadaptation.
	Changer de gants après contact avec un liquide biologique, des sécrétions ou excréctions, et entre chaque patient. Toujours se laver les mains après le retrait des gants.	
MATÉRIEL DE SOINS ET ÉQUIPEMENT À USAGE EXCLUSIF DU PATIENT OU DE LA COHORTE (ex. : stéthoscope, chaise d'aisance, etc.)	Limiter la quantité de matériel qui entre dans la chambre. Tout le matériel et l'équipement doivent être nettoyés et désinfectés avant d'être utilisés pour un autre patient.	
DÉSINFECTION DE L'ENVIRONNEMENT (hygiène/salubrité)	Nettoyer quotidiennement les surfaces horizontales et celles touchées fréquemment par les mains. Utiliser les désinfectants habituels.	
VAISSELLE ET USTENSILES	Observer les mesures habituelles pour la vaisselle et les ustensiles.	
BUANDERIE	Suivre la procédure habituelle pour la manipulation et le lavage de la literie et des vêtements des patients.	
TRAITEMENT DE RÉADAPTATION PHYSIQUE	Utiliser du matériel qui se nettoie facilement. Réserver le matériel à l'usage du patient ou nettoyer et désinfecter après usage. Le patient doit procéder à l'hygiène des mains avant et après le traitement et porter des vêtements propres s'il se rend dans un gymnase ou sur un plateau technique. Idéalement, les traitements doivent se faire dans la chambre du patient. Prendre des précautions particulières pour éviter une contamination liée à un écoulement de liquides biologiques, sécrétions ou excréctions. Ces patients peuvent participer à certaines thérapies de groupe s'ils sont accompagnés d'une personne qui peut les encadrer pour que les mesures de prévention et contrôle soient respectées. Mettre en place une procédure de nettoyage et désinfection de l'équipement partagé en salle de thérapie et préciser la fréquence de réalisation de cette procédure. Identifier une personne responsable de l'entretien de ces équipements.	

PRÉCAUTIONS	CATÉGORIE DE RISQUE 1*	CATÉGORIE DE RISQUE 2**
DÉPLACEMENTS DU PATIENT PORTEUR ET ACTIVITÉS SOCIALES	Ces patients peuvent participer aux activités sociales. Une attention particulière doit être portée à l'hygiène des mains. Leurs vêtements doivent être propres et changés quotidiennement.	Ces patients peuvent circuler hors de la chambre et participer à certaines activités sociales s'ils sont accompagnés d'une personne qui peut les encadrer pour que les mesures de prévention et contrôle soient respectées. Une évaluation doit être faite sur les risques encourus lorsque la participation à une activité de groupe est envisagée. Les patients qui présentent une infection active des voies respiratoires devraient demeurer dans leur chambre.
	Utiliser un fauteuil roulant ou une civière dédiée au patient; celle-ci doit être nettoyée et désinfectée avant d'être utilisée pour un autre patient.	
VISITEURS	Aviser les visiteurs de se laver les mains ou d'utiliser un rince-mains antiseptique en quittant la chambre et d'éviter d'aller visiter d'autres patients dans le CRDPM.	

* Catégorie de risque 1 : Personne reconnue porteuse de SARM dont l'hygiène est adéquate, qui collabore aux mesures de PCI, qui ne présente aucun bris cutané, qui ne nécessite aucune intervention invasive, dont les sécrétions, excréments et/ou écoulements peuvent être contenus par un pansement, un système de drainage ou une culotte d'incontinence.

** Catégorie de risque 2 : Personne reconnue porteuse de SARM dont l'hygiène est inadéquate, ou qui collabore peu aux mesures de PCI, ou qui présente un bris cutané qui ne peut être recouvert d'un pansement, ou dont les sécrétions, excréments et/ou écoulements ne peuvent être contenus par un pansement, un système de drainage ou une culotte d'incontinence, ou qui présente une infection respiratoire ou une maladie pulmonaire obstructive chronique sévère (< 50 % de la valeur prédite), ou qui nécessite des interventions invasives.

Note : Si une cohorte de cas est constituée d'un patient de la catégorie 1 et un autre patient de la catégorie 2, les mesures de prévention et contrôle de la catégorie 2 devront s'appliquer lorsque des activités ou traitements sont réalisés dans la chambre de ces patients.

ANNEXE 6

POSSIBILITÉ DE PARTAGE DE CHAMBRE SELON LES CATÉGORIES DE RISQUES INHÉRENTS AU STATUT DES PATIENTS

Possibilités de partage de chambre selon les catégories de risque inhérent au statut des patients⁷

	Catégorie 1 Risque le plus faible de transmettre le SARM	Catégorie 2 Risque plus élevé que celui des personnes de la catégorie 1 de transmettre le SARM	Catégorie A Risque le plus faible d'acquérir le SARM	Catégorie B Risque plus élevé que celui des personnes de la catégorie A d'acquérir le SARM	Catégorie C Risque plus élevé que celui des personnes des catégories A et B d'acquérir le SARM et de développer une infection
Catégorie 1 Risque le plus faible de transmettre le SARM	OUI	OUI	EXCEPTIONNEL	NON	NON
Catégorie 2 Risque plus élevé que celui des personnes de la catégorie 1 de transmettre le SARM	OUI	OUI	EXCEPTIONNEL	NON	NON
Catégorie A Risque le plus faible d'acquérir le SARM	EXCEPTIONNEL	EXCEPTIONNEL	OUI	OUI	OUI
Catégorie B Risque plus élevé que celui des personnes de la catégorie A d'acquérir le SARM	NON	NON	OUI	OUI	OUI
Catégorie C Risque plus élevé que celui des personnes des catégories A et B d'acquérir le SARM et de développer une infection	NON	NON	OUI	OUI	OUI

Exceptionnel : À envisager seulement si la disponibilité des chambres est limitée.

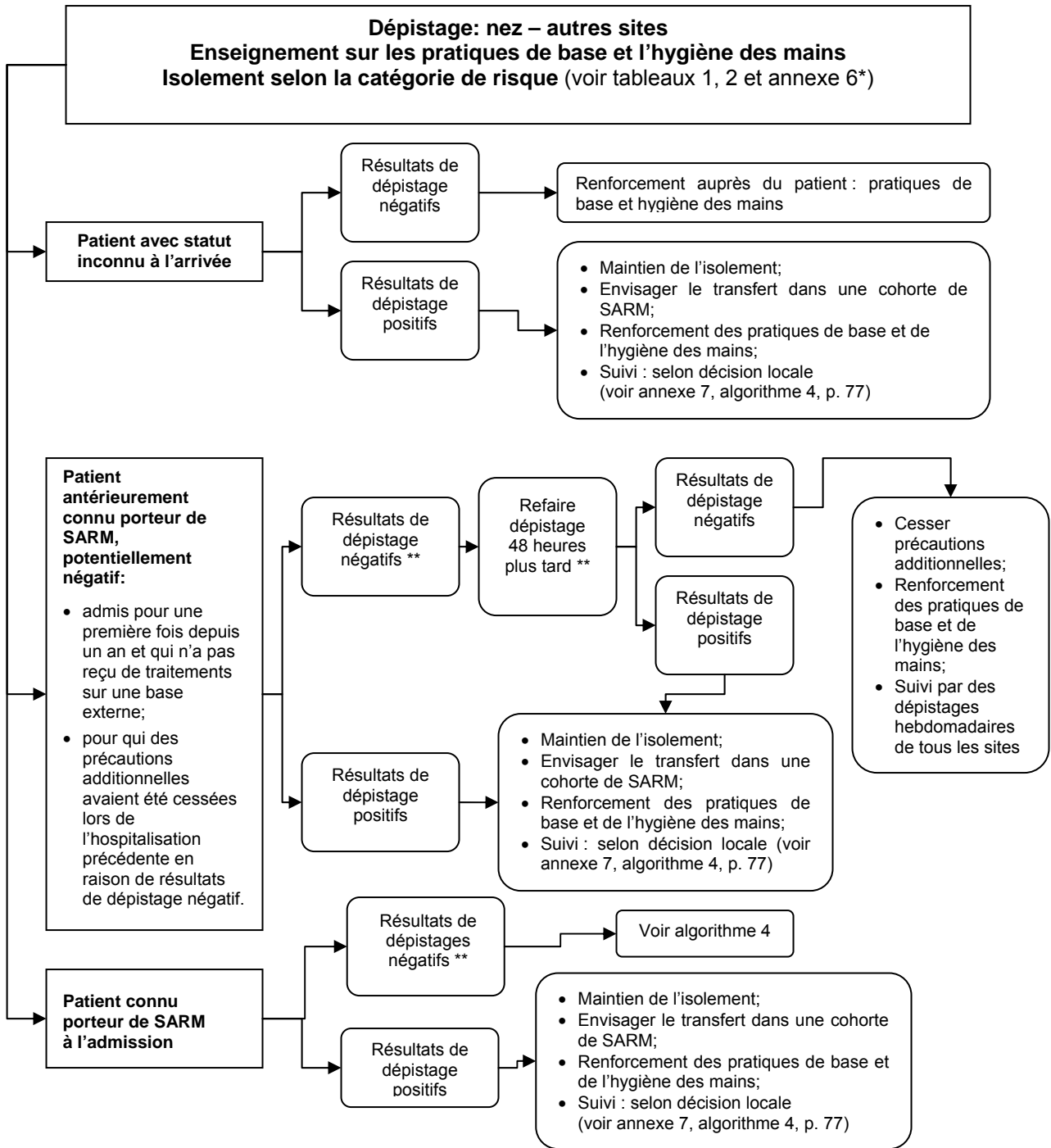
⁷ Éviter d'admettre dans une cohorte de SARM :

- En attente du dépistage :
 - Un patient pour qui le statut de porteur n'est pas confirmé
 - Un patient antérieurement connu porteur de SARM qui n'a pas été hospitalisé au cours de la dernière année et n'a reçu aucun traitement sur une base externe
 - Un patient antérieurement connu porteur de SARM pour qui les mesures d'isolement avaient été cessées lors de la dernière hospitalisation en raison de dépistages négatifs
- Un patient porteur d'une autre bactérie résistante ou d'un SARM-AC

ANNEXE 7

ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DES PATIENTS

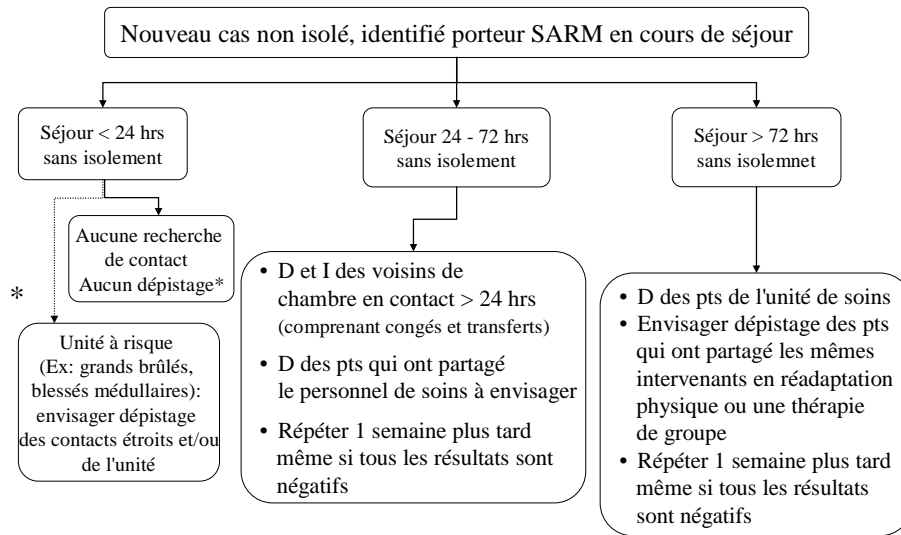
Algorithme 1 - Prise en charge d'un patient à l'admission



* L'isolement au lit peut être envisagé.

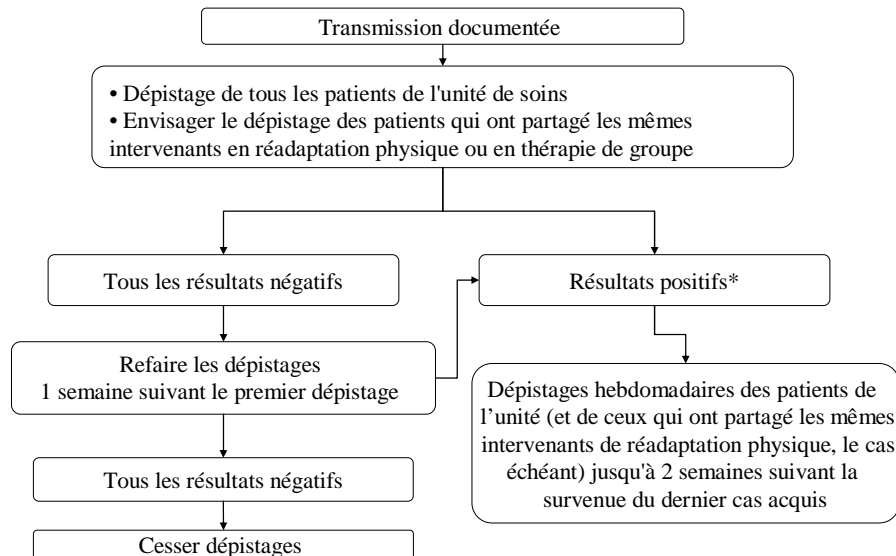
** Tous les dépistages de tous les sites doivent avoir été faits à l'intérieur de la plus brève période possible, idéalement la même journée, et au moins une semaine après l'arrêt de tout antibiotique topique ou systémique.

Algorithme 2 - Indications de dépistage et d'isolement pour les contacts d'un patient identifié porteur de SARM en cours de séjour



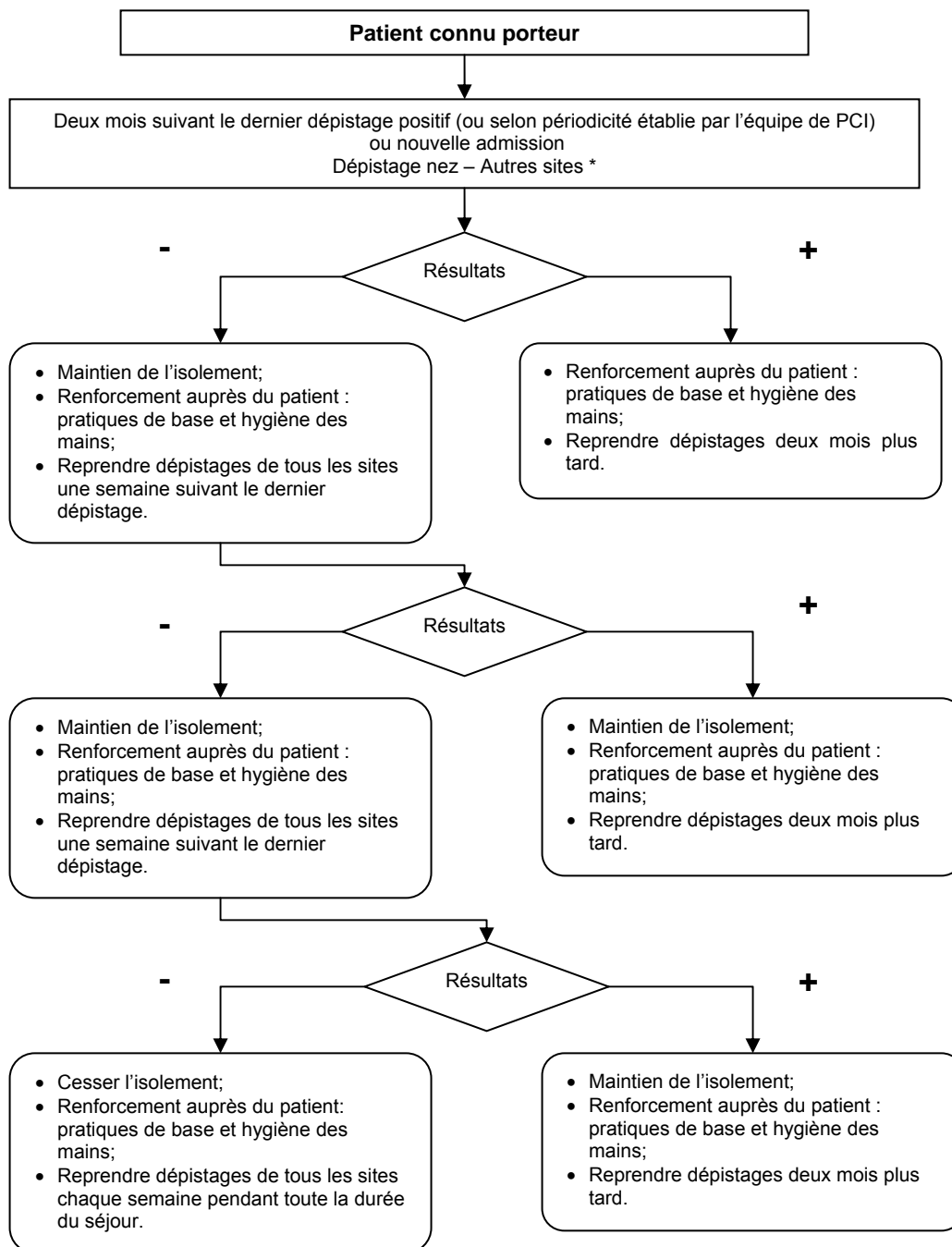
D = dépistage I = isolement

Algorithme 3 - Indications de dépistage lors de la transmission documentée sur une unité de soins



* Envisager dépistage des patients de cette unité lorsqu'ils transfèrent d'unité

Algorithme 4 - Exemple de suivi d'un patient connu porteur de SARM en cours d'hospitalisation



* Dépistage de tous les sites fait à l'intérieur de la plus brève période possible, idéalement la même journée, au moins une semaine suivant l'arrêt de tout antibiotique topique ou systémique.

ANNEXE 8

RÉSUMÉ DES MESURES RECOMMANDÉES POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DU SARM EN CENTRE DE RÉADAPTATION DE DÉFICIENCES PHYSIQUES – MOTRICES

Résumé des mesures recommandées pour la prévention et le contrôle de la transmission du SARM en Centre de réadaptation en déficiences physiques - motrices

MESURES RECOMMANDÉES	COMMENTAIRES
<p>DÉPISTAGE DES PATIENTS À L'ADMISSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tous les patients admis ou qui ont été dépistés depuis plus de 24 heures avant leur transfert. 	<p>Le transfert d'un patient ne doit pas être retardé en attendant les résultats de dépistage.</p>
<p>DÉPISTAGE DES CAS CONNUS EN COURS DE SÉJOUR :</p> <ul style="list-style-type: none"> Il revient au service de PCI de déterminer la stratégie de dépistage pour ces cas; Lorsque les résultats d'un dépistage de tous les sites sont tous négatifs, poursuivre le dépistage aux semaines jusqu'à l'obtention de 3 séries de résultats négatifs (fin des mesures de prévention et contrôle); Si un des résultats du dépistage est positif, refaire le dépistage de tous les sites selon la fréquence établie par l'équipe de PCI. 	<p>Les dépistages de tous les sites doivent être faits au moins 1 semaine après l'arrêt de tout antibiotique topique ou systémique.</p>
<p>DÉPISTAGE PÉRIODIQUE EN COURS DE SÉJOUR :</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage hebdomadaire des patients connus pour qui les mesures de prévention auraient été cessées suite à des résultats de dépistages négatifs; Dépistage hebdomadaire en présence de transmission active sur une unité de soins; Unités considérées à risque par le personnel en prévention des infections. 	<p>Les unités à risque sont généralement celles qui génèrent des nouveaux cas d'acquisition nosocomiale.</p> <p>Revoir périodiquement la stratégie de dépistage des unités à risque selon la situation épidémiologique locale et celle des milieux d'où proviennent les patients</p>
<p>DÉPISTAGE LORS DE LA DÉCOUVERTE D'UN NOUVEAU CAS DE SARM NON ISOLÉ :</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Lorsque le nouveau cas non isolé séjourne dans le milieu depuis moins de 24 heures : aucun dépistage des contacts. 	
<ul style="list-style-type: none"> Lorsque le nouveau cas non isolé séjourne dans le milieu depuis plus de 24 heures et moins de 72 heures : <ul style="list-style-type: none"> Dépistage des patients ayant partagé la même chambre pendant plus de 24 heures; refaire une semaine plus tard même si tous les résultats sont négatifs; Évaluer la nécessité de dépister les patients des chambres recevant des soins du même personnel selon le risque et la situation épidémiologique. 	<p>Il est recommandé de retracer les voisins de chambre transférés sur une autre unité.</p> <p>On procédera au dépistage de toute l'unité dès qu'on retrouve au moins un cas positif parmi les patients des chambres qui reçoivent des soins du même personnel.</p>

MESURES RECOMMANDÉES	COMMENTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau cas non isolé qui séjourne dans le milieu depuis plus de 72 heures : <ul style="list-style-type: none"> - dépistage de toute l'unité; - refaire le dépistage de toute l'unité une semaine plus tard même si tous les résultats sont négatifs; - évaluer la nécessité de dépister des patients traités par les mêmes intervenants en réadaptation physique ou faisant partie d'un même groupe de traitement selon le risque et la situation épidémiologique. 	<p>Utiliser une approche de dépistage par cercles concentriques si des dépistages de patients traités par les mêmes intervenants en réadaptation physique ou des dépistages de groupes de traitements sont envisagés.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la nécessité pour les unités où la clientèle est plus à risque de complications médicales ou d'acquisition d'effectuer un dépistage de tous les patients de l'unité même si le nouveau cas non isolé est identifié moins de 72 heures après son admission sur cette unité. • En présence de transmission active sur une unité, les dépistages périodiques devraient être faits au moins toutes les semaines jusqu'à un minimum de 2 semaines après la survenue du dernier cas acquis sur cette unité. 	
<p>SITES ANATOMIQUES À DÉPISTER :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nez (voir l'annexe 4 pour la description de la technique de prélèvement); • Plaie non cicatrisée ou avec écoulement; • Pourtour de stomies (ex. : gastrostomie, trachéostomie). 	<p>Pour les patients à risque comme les grands brûlés, blessés médullaires, il apparaît important de faire le dépistage au niveau de plusieurs sites, comprenant la région péri-anale et l'urine, puisque ces patients sont souvent porteurs de cathéters, sondes, etc.</p>
<p>IDENTIFICATION DU PATIENT PORTEUR DE SARM :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alerte par le système informatique; • Alerte au dossier; • Carte remise au patient. 	<p>Cette information doit demeurer inscrite dans le dossier médical du patient jusqu'à indication contraire du service de prévention des infections après l'analyse du dossier.</p>
<p>PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES:</p> <p>Pratiques de base et précautions additionnelles contre la transmission par contact selon les risques inhérents à la clientèle.</p>	
<p>INDICATIONS DE PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES CONTRE LA TRANSMISSION PAR CONTACT ADAPTÉES SELON LE RISQUE DE TRANSMISSION :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient identifié porteur de SARM (colonisé ou infecté); • En attendant les résultats de dépistage : <ul style="list-style-type: none"> - à l'admission de tous les patients; - pour un patient ayant partagé plus de 24 heures la même chambre qu'un porteur de SARM non isolé; - au retour d'un transfert dans un autre centre hospitalier où il a séjourné plus de 24 heures. 	<p>Les précautions contre la transmission par contact peuvent être adaptées selon le risque de transmission du SARM chez la clientèle (voir annexe 6, p. 69) pour permettre la réalisation des traitements.</p>

<p>COHORTE DE CAS ET UNITÉ DÉDIÉE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohorte de cas de SARM positif avec personnel infirmier et professionnels du service de réadaptation physique dédié; • Unité géographiquement distincte pour le séjour des cas SARM lorsque le nombre de cas augmente et facilite la notion de personnel dédié. 	<p>La cohorte de cas permet au personnel de développer des méthodes de travail facilitant le respect des précautions additionnelles de contact.</p> <p>Si la transmission nosocomiale se poursuit dans l'unité où existe une cohorte de cas avec du personnel dédié, on préconisera alors l'unité dédiée.</p>
<p>DURÉE DE L'ISOLEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient nouvellement identifié porteur de SARM ou porteur de SARM réhospitalisé fréquemment ou traité en externe : <ul style="list-style-type: none"> - maintenir l'isolement de contact pour toute la durée de l'hospitalisation; - si hospitalisation prolongée (> 2 mois ou selon décision locale), on peut cesser l'isolement après trois séries de résultats négatifs de prélèvements de tous les sites potentiels, prélevées à une semaine d'intervalle. Poursuivre le dépistage hebdomadaire pour toute la durée de l'hospitalisation (section 3.1.1 et annexe 7, algorithme 4, p. 77); • Patient identifié porteur de SARM (alerte au dossier) nouvellement admis qui n'a pas été hospitalisé au cours de la dernière année et qui n'a pas été traité en externe sur une base régulière pendant cette période, ou pour qui les mesures d'isolement avaient été cessées lors de la dernière hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> - cesser l'isolement lorsque les résultats de dépistage de tous les sites potentiels, réalisées à 48 heures d'intervalle, sont tous négatifs. - poursuivre le dépistage hebdomadaire pour toute la durée de l'hospitalisation (section 3.1.1 et annexe 7, algorithme 4, p. 77). 	<p>Les dépistages en vue de cesser l'isolement d'un patient connu porteur de SARM doivent être faits au moins une semaine suivant l'arrêt de tout antibiotique topique ou systémique.</p>
<p>COMMUNICATIONS ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moment d'un transfert vers un centre hospitalier, centre d'hébergement et de soins de longue durée, ou autre MR, avis écrit ou par téléphone. 	

